



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN PERAN KELUARGA, GURU, TEMAN SEBAYA
DAN MEDIA MASSA DENGAN PERILAKU GIZI ANAK USIA
SEKOLAH DASAR DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS MABELOPURA KOTA PALU**

TESIS

**A. S A I F A H
0906594135**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
DEPOK
JULI , 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN PERAN KELUARGA, GURU, TEMAN SEBAYA
DAN MEDIA MASSA DENGAN PERILAKU GIZI ANAK USIA
SEKOLAH DASAR DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS MABELOPURA KOTA PALU**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Keperawatan**

**A. S A I F A H
0906594135**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
DEPOK
JULI , 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah karya saya sendiri
dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar

Nama : A. SAIFAH

NPM : 0906594135

Tanda Tangan : 

Tanggal : 28 Juni 2011

HALAMAN PERSETUJUAN

**HUBUNGAN PERAN KELUARGA, GURU, TEMAN SEBAYA, DAN
MEDIA MASSA DENGAN PERILAKU GIZI ANAK USIA SEKOLAH
DASAR DI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MABELOPURA PALU**

Tesis ini telah diperiksa, disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim
Penguji tesis program Magister Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, 8 Juli 2011

Pembimbing I



Dra. Junaiti Sahar SKp. M.App.Sc., PhD.

Pembimbing II




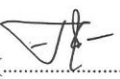
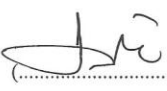

Ns. Widyatuti, M.Kes. Sp.Kom

PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : A. SAIFAH
NPM : 0906594135
Program Studi : Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan
Komunitas
Judul Tesis : Hubungan peran keluarga, guru, teman sebaya,
dan media massa dengan perilaku gizi anak usia
sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas
Mabelopura Kota Palu

Tesis telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dra. Junaiti Sahar, PhD 
Pembimbing : Ns. Widyatuti, M.Kes.Sp.Kom 
Penguji : Sigit Mulyono, MN 
Penguji : Ni Putu Ariani, SKp.M.kep.Sp.Kom 

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 8 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan ridha-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas pada Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Peneliti menyadari bahwa dukungan, bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sangat berarti bagi peneliti dalam menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

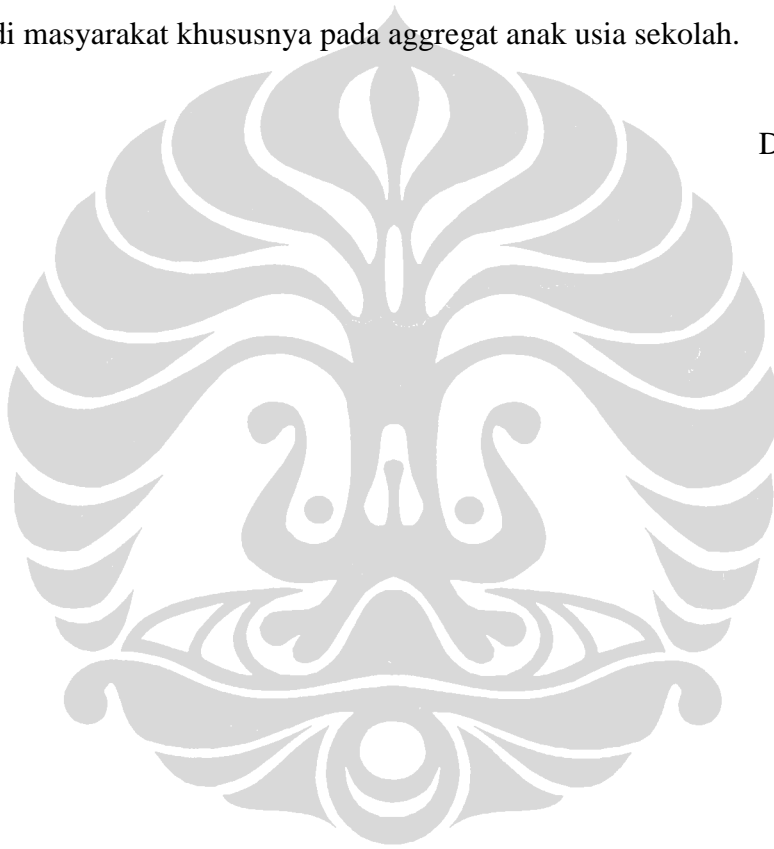
1. Dewi Irawati, M.A, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Dra. Junaiti Sahar, Ph.D, selaku Wakil Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan sebagai Pembimbing I yang telah banyak memberi bimbingan, arahan, masukan dan motivasi yang sangat berharga kepada peneliti selama proses penelitian.
3. Astuti Yuni Nursasi, S.Kp.,MN selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
4. Ns.Widyatuti, M.Kes, selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, arahan, suport dan motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
5. Sigit Mulyono, MN selaku penguji dan dosen komunitas yang memberikan masukan dan arahan dalam perbaikan tesis ini dan proses perkuliahan.
6. Suami tercinta yang selalu memberikan motivasi dan dukungan yang luar biasa, ibunda tercinta, saudara di Makassar dan di Palu yang selalu mendoakan sehingga selalu diberi ketabahan dan kekuatan.
7. Keluarga besar Magister Keperawatan Komunitas angkatan 2009 yang selalu menemani dalam suka dan duka dan penuh kasih sayang memberikan pembelajaran tentang hidup.
8. Direktur Akper Donggala dan teman-teman kantor yang telah banyak memberi dukungan moril dan materil.

9. Semua Kepala Sekolah Dasar, guru, teristimewa siswa-siswi di Wilayah Kerja Puskesmas Mabelopura yang berperan serta dalam proses penelitian.
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang senantiasa memberikan dukungan demi terselesaikannya tesis ini.

Peneliti menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan tesis ini. Oleh karena itu segala kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan peneliti demi kesempurnaan tesis ini. Semoga tesis ini dapat bermanfaat demi pengembangan keilmuan keperawatan terkait dengan peranan perawat komunitas di masyarakat khususnya pada agregat anak usia sekolah.

Depok, Juli 2011

Peneliti



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : A. SAIFAH
NPM : 0906594135
Program Studi : Magister Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“HUBUNGAN PERAN KELUARGA, GURU, TEMAN SEBAYA, DAN MEDIA MASSA DENGAN PERILAKU GIZI ANAK USIA SEKOLAH DASAR DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MABELOPURA KOTA PALU”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok

Pada tanggal: 4 Juli 2011

Yang menyatakan



(A. SAIFAH)

PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
PEMINATAN KOMUNITAS FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juli 2011

Hubungan Peran Keluarga, Guru, Teman Sebaya, dan Media Massa dengan Perilaku Gizi Anak Usia Sekolah Dasar Di Wilayah Kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu

xii + 142 hal + 14 tabel + 5 skema + 15 lampiran

A. Saifah

Abstrak

Anak usia sekolah adalah kelompok yang berisiko terhadap masalah gizi. Salah satu penyebab masalah gizi adalah faktor perilaku. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan peran keluarga, guru, teman sebaya, dan media massa dengan perilaku gizi anak usia sekolah. Desain yang digunakan adalah deskriptif korelasional pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel dengan *cluster proportional* 174 anak usia sekolah kelas 4,5, dan 6. Hasil menunjukkan ada hubungan bermakna peran keluarga dan media massa dengan perilaku gizi anak usia sekolah ($p < 0,05$), tidak ada hubungan bermakna peran guru dan teman sebaya dengan perilaku gizi anak usia sekolah ($p > 0,05$), media massa merupakan faktor dominan. Rekomendasi penelitian adalah integrasi pendidikan gizi dengan kurikulum, pelatihan guru UKS, peningkatan promosi kesehatan, asuhan keperawatan keluarga dengan anak usia sekolah, penelitian selanjutnya tentang faktor predisposisi dan pemungkin perilaku gizi.

Kata kunci : Anak usia sekolah, guru, media massa, keluarga, perilaku gizi, teman sebaya.

Daftar Pustaka : 116 (1988-2011)

Abstract

School-age children are the group at risk for nutritional problems. One cause nutritional problems are behavioral factors. This study aims to determine the relationship of families, teachers, peers, and mass media in nutrition behavior of school-age children. The design used was a descriptive correlation approach cross sectional. Proportional cluster sampling with 174 school age children grade 4,5,dan 6. The results showed no significant relationships family roles and the mass media with nutritional behavior of school-age children ($p < 0.05$), there was no significant relationship roles of teachers and peers with nutritional behavior of school-age children ($p > 0.05$), the mass media is dominant factor. Recommended research is the integration of nutrition education with curriculum, teacher training school health, increased health promotion, family nursing care with school-age children, further research on predisposing and enabling factors of nutrition behavior.

Key words: Family, media, peers, school-age children, teachers, nutrition behavior.

References: 116 (1988 - 2011)

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Lembar orisinalitas	ii
Pernyataan persetujuan	iii
Halaman pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Pernyataan Persetujuan Publikasi	vii
Abstrak	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xi
Daftar Diagram	xii
Daftar Lampiran	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	11
1.3 Tujuan Penelitian	12
1.4 Manfaat Penelitian	12
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Perilaku Gizi Anak Usia Sekolah	14
2.1.1 Konsep Perilaku	14
2.1.2 Gizi Anak Usia Sekolah	22
2.1.3 Tumbuh Kembang Anak Usia Sekolah	34
2.2 Faktor yang mempengaruhi perilaku gizi anak usia sekolah	43
2.2.1 Teori Model PRECEDE-PROCEED	43
2.2.2 Keluarga	46
2.2.3 Guru	52
2.2.4 Teman sebaya	54
2.2.5 Media massa	56
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep	63
3.2 Hipotesis	64
3.3 Definisi Operasional	65
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	68
4.2 Populasi dan Sampel	68
4.3 Tempat dan Waktu Penelitian	72
4.4 Etika Penelitian	72
4.5 Alat Pengumpulan Data	74
4.6 Uji Instrumen	75
4.7 Prosedur Pengumpulan Data	77
4.8 Pengolahan dan Analisis Data	78

BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1	Gambaran Karakteristik Anak Usia Sekolah Dasar di Wilayah Kerja Puskesmas Mabelopura	84
5.2	Gambaran Perilaku Gizi, Peran Keluarga, Peran Guru, Peran Teman Sebaya dan Peran Media Massa	86
5.3	Hubungan Peran Keluarga, Peran Guru, Peran Teman Sebaya dan Peran Media Massa dengan Perilaku Gizi Anak Usia Sekolah	88
5.4	Faktor Dominan yang Berhubungan dengan Perilaku Gizi Anak Usia Sekolah	89

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1	Karakteristik Anak Usia Sekolah Dasar di Wilayah Kerja Puskesmas Mabelopura	95
6.2	Perilaku Gizi Anak Usia Sekolah.	100
6.3	Hubungan Peran Keluarga dengan Perilaku Gizi Anak Usia Sekolah . .	103
6.4	Hubungan Peran Guru dengan Perilaku Gizi Anak Usia Sekolah	110
6.5	Hubungan Peran Teman Sebaya dengan Perilaku Gizi Anak Usia Sekolah	117
6.6	Hubungan Peran Media Massa dengan Perilaku Gizi Anak Usia Sekolah	120
6.7	Keterbatasan Penelitian	124
6.8	Implikasi Hasil Penelitian	125

BAB 7 PENUTUP

7.1	Simpulan	129
7.2	Saran	130

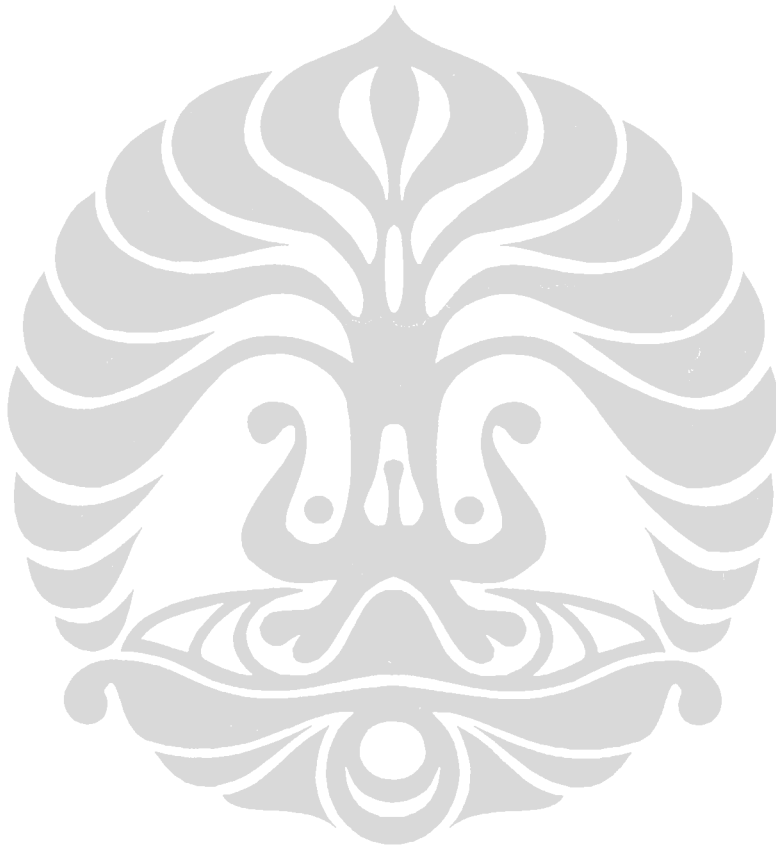
DAFTAR PUSTAKA LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 2.1	IMT Anak Perempuan Usia 6-12 Tahun	31
Tabel 2.2	IMT Anak Laki-laki Usia 6-12 Tahun	31
Tabel 3.1	Definisi Operasional	65
Tabel 5.1	Distribusi Jenis Kelamin dan Status Gizi Anak Usia Sekolah Dasar Di Wilayah Kerja Puskesmas Mabelopura	84
Tabel 5.2	Distribusi umur, tinggi badan dan berat badan anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu, Mei 2011 (n=174)	85
Tabel 5.3	Distribusi perilaku gizi anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu, Mei 2011 (n=174) ..	86
Tabel 5.4	Distribusi peran keluarga, peran guru, peran teman sebaya, dan peran media massa terhadap anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu, Mei 2011 (n=174)	87
Tabel 5.5	Analisis korelasi dan regresi peran keluarga, guru, teman sebaya dan media massa dengan perilaku gizi anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu, Mei 2011 (n=174)	88
Tabel 5.6	Hasil analisis pemodelan multivariat variabel peran keluarga, guru, teman sebaya, dan media massa dengan perilaku gizi anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu, Mei 2011	90
Tabel 5.7	Hasil analisis R Square dan perubahan <i>coefisien</i> B setelah variabel peran guru dikeluarkan (n=174)	91
Tabel 5.8	Hasil analisis R Square dan perubahan Coefisien B setelah variabel teman sebaya dikeluarkan	92
Tabel 5.9	Hasil analisis R Square dan perubahan Coefisien B setelah variabel keluarga dikeluarkan (n=174)	92
Tabel 5.10	Pemodelan akhir multivariat regresi linier berganda hubungan peran keluarga, guru, teman sebaya dan media massa dengan perilaku gizi anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu, Mei 2011 (n=174)	93
Tabel 5.11	Hasil uji asumsi terhadap persamaan garis hasil analisis regresi linier terhadap perilaku gizi anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu, Mei 2011 (n=174) ...	94

DAFTAR SKEMA

	Halaman
Gambar 2.1 Tumpeng Bentuk Visualisasi Pedoman Gizi Seimbang Indonesia	33
Skema 2.2 Model PROCEDE-PROCEED	45
Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian	62
Skema 3.1 Kerangka Konsep	64
Skema 4.1 Desain Pengambilan Sampel	72



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Jadwal Penelitian
Lampiran 2	Keterangan Lolos Uji Etik
Lampiran 3	Pengantar Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>)
Lampiran 4	Lembar Persetujuan Orang Tua untuk Mengikutsertakan Anak Usia Sekolah Menjadi Responden
Lampiran 5	Lembar Persetujuan sebagai Responden
Lampiran 6	Kisi-Kisi Instrumen Penelitian
Lampiran 7	Kuesioner A Instrumen Penelitian Perilaku Gizi
Lampiran 8	Kuesioner B Instrumen Penelitian Peran Keluarga
Lampiran 9	Kuesioner C Instrumen Penelitian Peran Guru
Lampiran 10	Kuesioner D Instrumen Penelitian Peran Teman Sebaya
Lampiran 11	Kuesioner E Instrumen Penelitian Peran Media Massa
Lampiran 12	Permohonan Ijin Penelitian
Lampiran 13	Surat Ijin Penelitian
Lampiran 14	Leaflet Prinsip Gizi Seimbang
Lampiran 15	Kartu Menuju sehat Anak Sekolah



BAB 1

PENDAHULUAN

Anak usia sekolah merupakan generasi harapan bangsa sehingga membutuhkan tumbuh kembang yang optimal untuk menghasilkan sumber daya manusia yang berkualitas. Masa pertumbuhan dan perkembangan, anak usia sekolah berisiko terhadap berbagai masalah kesehatan antara lain masalah gizi, oleh karena itu anak usia sekolah diharapkan mempunyai perilaku gizi yang baik. Bab I akan menguraikan tentang latar belakang yang menjadi dasar penelitian ini, rumusan masalah, tujuan umum dan tujuan khusus serta manfaat penelitian.

1.1 Latar Belakang

Anak usia sekolah merupakan aset dan generasi penerus bangsa. Sepertiga jumlah penduduk Indonesia diperkirakan anak yang berusia 5-19 tahun (Depkes, 2007). Jumlah anak usia sekolah yang cukup banyak itu merupakan modal untuk menciptakan sumber daya manusia berkualitas yang dibutuhkan untuk membangun suatu bangsa. Salah satu sumber daya manusia adalah anak usia sekolah yang masih berada dalam tahap tumbuh kembang. Pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah diharapkan dapat berjalan secara optimal sehingga menjadi investasi bangsa yang bermutu tinggi.

Pertumbuhan dan perkembangan setiap kelompok usia berbeda. Pertumbuhan (fisik) pada periode anak usia sekolah lebih lambat, pertumbuhan stabil dibanding periode bayi, balita dan remaja. Pada periode ini, perkembangan motorik halus dan kasar dalam proses penyempurnaan. Perkembangan mental sangat baik dan kemampuan kognitif menonjol (Edelman & Mandle, 2010). Perkembangan sosial mulai dikembangkan melalui hubungan dengan teman sebaya, menikmati kegiatan dengan kelompok atau *team* yang ada (Maurer & Smith, 2005).

Anak usia sekolah yang masih dalam tahap tumbuh kembang berisiko terhadap berbagai masalah kesehatan. Salah satu risiko masalah kesehatan

yang dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah adalah masalah gizi. Allender dan Spradley (2005) menjelaskan bahwa masalah gizi merupakan salah satu masalah kesehatan pada anak usia sekolah. Edelman dan Mandle (2010) juga berpendapat bahwa pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya adalah faktor gizi.

Anak usia sekolah yang mengalami masalah gizi rentan terhadap suatu penyakit. Grodner, Long, dan Walkingshaw (2007) menyatakan masalah gizi (*malnutrition*) dikelompokkan menjadi gizi lebih (*overnutrition*) dan gizi kurang (*undernutrition*). Berat badan lebih (*overweight*) dan obesitas merupakan masalah gizi yang utama pada anak-anak dan dewasa di Amerika Serikat (Edelman & Mandle, 2010). Hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2007 prevalensi gizi lebih pada anak usia sekolah sebesar 15,9%. Hasil penelitian Miharja (2008) pada 1387 anak SD di Jakarta 13% mengalami gizi lebih. Penelitian tentang masalah gizi prioritas pada balita, hasil menunjukkan prevalensi gizi lebih sebesar 14% tidak jauh berbeda dengan prevalensi gizi kurang sebesar 17,9% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011, ¶ 2, www.depkes.go.id). Hal ini menunjukkan bahwa masih ada sepertiga balita di Indonesia yang mengalami masalah gizi. Masalah gizi pada balita dapat berlanjut ke tahap usia anak sekolah.

Anak yang mengalami gizi lebih cenderung akan menetap sampai pada usia dewasa. Obesitas pada usia anak dapat menjadi obesitas pada usia dewasa yang merupakan faktor risiko penyakit kardiovaskuler dan diabetes (Allender & Spradley, 2005); hipertensi, *sleep apnea*, masalah orthopedi, resistensi insulin, *hyperlipidemia* (Lau *et al*, 2007 dalam Edelman & Mandle, 2010). Dampak psikologis anak usia sekolah dengan gizi lebih yaitu menjadi bahan lelucon oleh teman sebaya sehingga anak dapat mengalami gangguan gambaran tubuh dan harga diri rendah. Hal itu dapat mengakibatkan isolasi diri sehingga berpengaruh terhadap perkembangan anak (Hayden-Wade *et al*, 2005 dalam Edelman & Mandle, 2010).

Gizi lebih menjadi fenomena saat ini, akan tetapi gizi kurang juga masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Hasil Riskesdas (2007) prevalensi nasional gizi kurang pada anak usia sekolah (6-14 tahun) sebesar 24,%. Hasil Riskesdas 2010 (Depkes, 2011) menemukan 41,2% anak usia sekolah konsumsi energi di bawah kebutuhan minimal (< 70% AKG), sekitar 35,6 % anak usia 6-12 tahun di Indonesia yang mempunyai postur tubuh pendek atau *stunting* (Eko, 2010, generasi emas terancam kurang gizi, ¶ 9, <http://bataviase.co.id>). Penelitian yang dilakukan oleh Neelu, Bhatnagar, Chopra dan Bajpai (2010) di kota Meerut juga menemukan masalah gizi pada anak sekolah dasar masih cukup banyak yaitu dari 800 anak yang diperiksa ditemukan 396 anak (49,5%) yang mengalami gangguan gizi, terdapat pendek (*stunting*) 43,8% (46% perempuan dan 41,8% laki-laki) dan kurus (*wasting*) 44,6% (46,3% perempuan dan 43,% laki-laki).

Konsekuensi gizi kurang berefek pada perkembangan kognitif dan prestasi akademik anak sekolah (Cook,2002; Hall *et al*, 2001 dalam Alleander & Spradley, 2005). Iritabilitas, kurang energi, sukar konsentrasi, merupakan konsekuensi gizi tidak adekuat. Semua itu dapat berdampak pada pencapaian akademis dan keterampilan dasar anak usia sekolah seperti membaca dan matematika (Alleander & Spradley, 2005). Keadaan tersebut akan mengganggu proses belajar yang pada akhirnya akan berdampak terhadap kualitas sumber daya manusia. Uraian sebelumnya dapat disimpulkan bahwa masalah gizi lebih maupun gizi kurang harus diperbaiki sedini mungkin melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif karena merupakan ancaman masa depan anak.

Anak usia sekolah berisiko mengalami masalah gizi karena ada keterkaitan dengan fenomena anak usia sekolah dalam hal pola makan. Pola makan adalah karakteristik kegiatan yang berulang kali dalam memenuhi kebutuhan akan makan termasuk macam dan jumlah bahan makanan yang dimakan setiap hari serta cara memilih makanan (Sulistyoningsih, 2011). Kecenderungan anak usia sekolah mengalami masalah gizi akibat cara memilih makanan yang tidak tepat. Hal ini didukung oleh beberapa pendapat,

antara lain: masalah gizi pada anak usia sekolah diakibatkan karena pemilihan makanan yang tidak tepat atau makan yang berlebihan (Allender & Spradley, 2005); anak usia sekolah selektif terhadap makanan, cenderung mempunyai pilihan yang kuat terhadap satu jenis makanan atau makanan favorit (Stanhope & Lancaster, 2004); buruk dalam pemilihan makanan (Muscary, 2001); mulai timbul konflik dalam pemilihan waktu makan (Sulistyoningsih, 2010).

Jenis makanan yang dikonsumsi anak usia sekolah juga dapat menyebabkan masalah gizi. Beberapa anak usia sekolah tidak suka mengonsumsi sayur (Muscary, 2001); kurang mengonsumsi buah-buahan dan makanan yang mengandung susu, berlebihan pada makanan yang mengandung lemak dan tinggi gula (Mathematica policy research, 2001 dalam Maurer & Smith, 2005); peningkatan dalam mengonsumsi soft drink (Edelman & Mandle, 2005) kecenderungan mengonsumsi makanan ringan yang tidak sehat, makanan rendah zat besi, makanan rendah vitamin C, makanan tinggi lemak (Edelman & Mandle, 2010).

Faktor lain yang berhubungan dengan risiko masalah gizi pada anak usia sekolah adalah kebiasaan jajan. Sebagian besar anak usia sekolah suka jajan atau “ngemil” (Hitchcock, 1999); sering jajan setelah pulang sekolah (Edelman & Mandle, 2010). Kebiasaan jajan pada anak sekolah dapat pula merupakan substitusi dari tidak sarapan sebelum berangkat ke sekolah. Hasil penelitian oleh Nuryati (2005), 47,3% dari 75 anak yang tidak sarapan atau jarang sarapan, sedangkan Asfariana (2008) melaporkan bahwa 65% dari 60 anak yang tidak sarapan atau sarapan tidak baik. Anak-anak yang sering jajan dan tidak sarapan bergizi, 65% dari 60 anak yang menderita anemia (Gustina, 2001).

Berdasarkan pernyataan kebiasaan makan tersebut dapat disimpulkan bahwa anak usia sekolah cenderung mempunyai perilaku makan yang kurang sehat. Apabila perilaku tersebut tidak dilakukan intervensi, maka akan terjadi masalah gizi pada anak usia sekolah. Upaya untuk mencegah terjadi masalah gizi pada anak usia sekolah, baik gizi lebih atau gizi kurang maka perilaku gizi sehat perlu ditanamkan sedini mungkin.

Perilaku gizi anak usia sekolah dapat diperbaiki atau ditingkatkan dengan promosi kesehatan tentang gizi. Menurut Pender, Murdaugh dan Parsons (2006) promosi kesehatan diartikan sebagai perilaku yang termotivasi oleh keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan dan mengaktualisasikan potensi manusia, efektif untuk merubah ke perilaku positif dan menurunkan biaya perawatan kesehatan. Promosi kesehatan adalah suatu usaha moral untuk memperbaiki, memfasilitasi, melindungi individu atau masyarakat yang memungkinkan orang untuk hidup dengan baik dan dapat mencapai tujuan mereka (Edelman & Mandle, 2006). Strategi utama promosi kesehatan adalah pendidikan kesehatan.

Tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk perubahan perilaku sehat dan perbaikan status kesehatan. Pendidikan kesehatan memberi pengetahuan, pemahaman, dan penguasaan informasi baru sehingga berkembang suatu perubahan perilaku yang menetap (Allender & Spradley, 2005). Pendidikan kesehatan terkait erat dengan pengetahuan, sikap dan praktik sehat yang dapat membentuk suatu perilaku sehat (Edelman & Mandle, 2010). Sebagai contoh, pendidikan kesehatan tentang gizi dapat membentuk perilaku gizi yang baik pada anak usia sekolah.

Pendidikan gizi sebaiknya diberikan pada anak sekolah di sekolah. Sejalan dengan program perbaikan gizi 2010-2014, pendidikan gizi merupakan program utama. Salah satu wahana yang baik untuk promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan adalah sekolah (Pender, Murdaugh, & Parson, 2002). Pendidikan gizi dimasukkan kedalam kurikulum sekolah adalah penting (Edelman & Mandle, 2010). Beberapa peneliti merekomendasikan pendidikan gizi berbasis sekolah atau dimasukkan kedalam kurikulum sekolah (Power, Blindler, Goetz, & Daratha, 2008; Brug & Blanchette, 2005; Graham *et al* 2000; Haines & Sztainer, 2007). Program kesehatan sekolah dikenal dengan usaha kesehatan sekolah (UKS).

Ruang lingkup UKS mencakup tiga hal, dikenal dengan istilah Trias UKS yaitu pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sekolah sehat. Sasaran UKS adalah peserta didik, masyarakat sekolah (guru,

staf sekolah dan pengelola pendidikan lainnya), orang tua murid, komite sekolah dan masyarakat (Depkes, 2007). Murid, guru, dan orang tua diikutsertakan dalam memberikan pendidikan kesehatan untuk menanamkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) (Notoatmojo, 2010). Perilaku makan makanan yang sehat dan bergizi seimbang merupakan salah satu item PHBS (Humas Depkes, 2010)

Perilaku seseorang dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Model *PRECEDE-PROCEED* oleh Green dan Kreuter (2005, dalam Gilbert, Sawyer dan McNeil, 2011) menjelaskan bahwa perilaku dipengaruhi tiga faktor yaitu faktor predisposisi, faktor penguat dan faktor pemungkin. Faktor predisposisi termasuk faktor internal. Faktor penguat dan faktor pemungkin sebagai faktor eksternal. Aplikasi model *PRECEDE-PROCEED* oleh Bush *et al* (1989 dalam Green dan Kreuter, 2005) menyatakan bahwa ada empat faktor penguat yang mempengaruhi perilaku anak usia sekolah dalam mencegah faktor risiko penyakit kardiovaskuler. Salah satu faktor risiko penyakit kardiovaskuler adalah perilaku makan pagi. Keempat faktor penguat tersebut adalah keluarga, teman sebaya, guru dan media. Sejalan dengan pendapat Sulistyoningsih (2011) bahwa guru dan teman sebaya sangat mempengaruhi terbentuk pola makan bagi anak usia sekolah. Selain itu, Ball dan Bindler (2008, dalam Edelman & Mandle, 2010) juga menyatakan bahwa orangtua dan guru dapat membantu anak usia sekolah menghitung kebutuhan nutrisi, merencanakan makanan keluarga dan makan makanan yang sehat.

Keluarga merupakan faktor penguat terhadap pembentukan perilaku anak termasuk perilaku makan anak. Orang tua dianggap sebagai kunci utama dalam memahami dan menerapkan nilai-nilai atau prinsip terlebih dahulu, setelah itu ditularkan ke anggota keluarga atau anak-anak (Syarkawi, 2008). Perilaku makan anak dipengaruhi oleh perilaku dan kebiasaan orang tua dalam hal pemilihan makanan (Sulistyoningsih, 2011). Cullen *et al* (2000) juga menyatakan bahwa kebiasaan makan bersama dalam keluarga berdampak pada anak terhadap pemodelan atau meniru perilaku orangtua mereka.

Penelitian oleh Gibson, Wardle, dan Watts (1998) menunjukkan hubungan positif antara kebiasaan anak mengkonsumsi buah dengan kebiasaan ibu mengkonsumsi buah atau orang yang bertanggung jawab dalam penyediaan makanan di rumah. Hasil penelitian tersebut diperkuat oleh penelitian Hannon *et al* (2003) bahwa orang yang sering melayani anak atau makan bersama mempunyai kebiasaan mengkonsumsi buah dan sayuran berkorelasi positif dengan perilaku anak dalam mengkonsumsi buah dan sayuran. Selain nilai atau prinsip dalam keluarga, karakteristik keluarga seperti status ekonomi keluarga, pendidikan orangtua, pengetahuan dan pekerjaan orang tua juga berperan dalam terbentuknya perilaku anak (McMurray, 2003).

Temannya juga turut mempengaruhi perilaku makan anak. Hubungan teman sebaya dan aktivitas di luar rumah memainkan peranan yang lebih besar dalam kehidupan anak usia sekolah (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Perubahan fokus dari orangtua ke teman sebaya (Stanhope & Lancaster, 2004); teman sebaya lebih berpengaruh daripada keluarga atau orangtua terhadap pemilihan makanan (Allender & Spradley, 2005; Muscary, 2001; Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999; Pender, Murdaugh & Parsons, 2002; Moore, 2009; Edelman & Mandle, 2010; Sulistyoningih, 2011). Hal tersebut bertentangan dengan penelitian Cullen *et al* (2000) pada beberapa pelajar tidak terpengaruh atas respon negatif teman sebaya dalam mengkonsumsi buah dan sayuran. Hal ini dapat diakibatkan karena anak telah mempunyai kebiasaan makan buah yang merupakan kebiasaan dalam keluarga.

Lingkungan sekolah termasuk guru juga berperan dalam pembentukan perilaku anak usia sekolah. Guru mempunyai tanggung jawab memberi ilmu pengetahuan sehingga mempunyai sikap positif dan melakukan tindakan atau perilaku yang baik antara lain perilaku sehat. Sjarkawi (2008) mengemukakan, pembentukan kepribadian anak melalui guru dilakukan dengan cara pendekatan penanaman nilai, perkembangan moral kognitif, analisis nilai, klarifikasi nilai dan pembelajaran berbuat (*action learning approach*). Guru mempunyai pengaruh dalam pemilihan makanan selama anak di sekolah (Moore, 2009). Penelitian kualitatif oleh Graham *et al* (2000) tentang sumber

informasi gizi yang digunakan oleh keluarga, perawat sekolah dan guru. Hasil wawancara mendalam terhadap 12 guru SD di Melbourne, disimpulkan bahwa setiap guru merasa terlibat dalam memberikan nasehat gizi pada anak sekolah.

Perilaku gizi anak dalam pemilihan makanan dapat pula dipengaruhi oleh media massa. Beberapa pendapat tentang hubungan pola makan anak usia sekolah dengan media massa, antara lain: anak usia sekolah dalam memilih makanan mudah terpengaruh oleh iklan (Stanhope & Lancaster, 2004); televisi mempunyai hubungan dengan peningkatan konsumsi makanan tinggi lemak, gula, garam dan minuman berkarbonat serta rendah mengkonsumsi buah dan sayur (Allender & Spradley, 2005; Maurer & Smith, 2005); makanan yang ditayangkan lewat televisi berisiko memberi pengaruh pada perilaku makan anak (McMurray, 2003).

Perilaku gizi termasuk perilaku makan anak yang tidak sehat dapat diperbaiki dengan mengoptimalkan fungsi UKS. Pengetahuan dan sikap terhadap gizi dapat diberikan melalui pendidikan kesehatan (Notoatmojo, 2010). Hal ini sejalan dengan sekelompok pakar gizi di Indonesia mengatakan bahwa salah satu upaya pencegahan masalah gizi yang dianggap efektif adalah melalui program pendidikan gizi tentang gizi seimbang (Kurniasih dkk 2010), terintegrasi dengan UKS akan lebih baik. Pendidikan gizi di sekolah melibatkan guru, orang tua, tata usaha, bahkan petugas kantin atau warung sekolah. Pembinaan lingkungan kehidupan sekolah sehat dilakukan dengan cara pengawasan kantin sekolah, warung, atau penjual makanan yang berada di sekitar sekolah sehingga makanan yang dijual memenuhi syarat kesehatan (Depkes, 2007).

Survey awal oleh peneliti di Puskesmas Mabelopura Kecamatan Palu Selatan Kota Palu pada Januari 2011, terdapat 15 Sekolah Dasar dengan jumlah siswa sebanyak 4.944 anak. Petugas UKS menjelaskan bahwa semua sekolah mempunyai program UKS tetapi belum berjalan secara optimal. Tidak ada sekolah yang termasuk sekolah sehat. Guru olahraga otomatis sebagai penanggung jawab UKS. Penjaringan kesehatan dilakukan oleh petugas

puskesmas pada anak baru masuk sekolah, satu kali dalam setahun. Penyuluhan kesehatan dilakukan bersamaan dengan kegiatan penjarangan tersebut. Materi penyuluhan adalah PHBS atau penyakit sedang trend saat itu. Penyuluhan yang rinci tentang gizi tidak pernah dilakukan karena dianggap sudah terintegrasi dalam penyuluhan PHBS. Penilaian status gizi hanya difokuskan pada anak kelas satu saat anak baru masuk sekolah.

Data status gizi anak SD untuk tingkat Kota palu tahun 2010 adalah 13,59% terdiri dari gizi kurang sebesar 7,71% dan gizi lebih sebesar 6,88%. Data Puskesmas Mabelopura masalah gizi sebesar 14,01% (11,5% gizi lebih dan 2,42% gizi kurang) tahun 2009. Terjadi peningkatan masalah gizi pada tahun 2010 yaitu sebesar 33,19% (9,28 gizi lebih dan 23,91 gizi kurang). Hal ini menunjukkan perlu upaya serius penanganan masalah gizi fokus pada peningkatan upaya promosi dan preventif. UKS perlu dioptimalkan dan semua program yang terkait termasuk pemberdayaan orang tua dan masyarakat, sehingga masalah gizi dapat dicegah atau diturunkan prevalensinya.

Windshield survey peneliti terhadap perilaku gizi berupa perilaku jajan pada tiga SD tahun 2010 yaitu sebagian anak-anak membeli jajan pada penjual jajanan di luar pagar sekolah. Anak banyak membeli jajanan pada pagi hari, siang hari pada saat istirahat dan setelah pulang sekolah. Jenis jajanan seperti siomay, bakwan, bakso, kue tradisional, dan halus manis, dijual di luar lingkungan atau pagar sekolah. Jajanan juga ada yang dijual di dalam lokasi sekolah seperti nasi kuning, makanan ringan dan es manis. Sebagian besar jenis jajanan tersebut mengandung karbohidrat dan tidak mengandung serat. Tidak ada jajanan yang berupa buah-buahan atau mengandung sayuran. Beberapa anak yang jajan karena tidak sarapan dari rumah. Pembinaan kantin atau warung sekolah tentang jajanan sehat tidak pernah dilakukan oleh pihak puskesmas.

Perilaku gizi anak SD tersebut menunjukkan perlu peningkatan program promosi kesehatan. Perawat komunitas berperan dalam upaya promotif dan preventif yang diintegrasikan dengan program UKS. Sebelum melakukan implementasi keperawatan komunitas, perlu dilakukan identifikasi tentang

faktor-faktor yang berhubungan atau determinan mengapa seseorang berperilaku tersebut. Diketuinya faktor yang berhubungan dengan perilaku gizi, akan memudahkan dalam menyusun program dan strategi pendekatan keperawatan komunitas terkait gizi, baik berupa prevensi primer, sekunder, atau tersier. Green dan Kreuter (2005) menegaskan bahwa keluarga, guru, teman sebaya dan media massa merupakan faktor penguat yang dapat mempengaruhi perilaku anak usia sekolah, termasuk perilaku gizi. Langkah awal untuk mengetahui sejauh mana ke-empat faktor tersebut berperan terhadap perilaku gizi anak, maka perlu melakukan survey melalui persepsi atau tanggapan anak usia sekolah.

Survey yang dilakukan sejalan dengan penelitian McLellan *et al* (1999) dengan survey deskriptif *cross sectional* yang bertujuan melihat hubungan antara persepsi anak usia sekolah terhadap lingkungan sekolah, dukungan guru dan teman sebaya dengan perilaku kesehatan. Responden adalah siswa sekolah dasar dan sekolah menengah dari 115 sekolah. Responden melaporkan status kesehatan dan perilaku sehat yang dilakukan meliputi penggunaan tembakau, alkohol, aktivitas fisik, kebersihan gigi, pemenuhan nutrisi, penggunaan helm sepeda dan *seat belt*. Hasil penelitian diperoleh terdapat hubungan bermakna antara persepsi positif siswa terhadap lingkungan sekolah dan guru dengan perilaku kesehatan, tidak terdapat hubungan bermakna antara dukungan lingkungan teman sebaya dengan perilaku kesehatan positif. Peneliti menyarankan kepada praktisi promosi kesehatan untuk memperhatikan dampak lingkungan sekolah terhadap perilaku kesehatan siswa dan mempertimbangkan model intervensi untuk memperbaiki lingkungan sekolah yang merupakan strategi utama dalam promosi kesehatan di sekolah. Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan, maka sebagai perawat komunitas menganggap perlu diadakan penelitian tentang “Hubungan antara peran keluarga, guru, teman sebaya, dan media massa dengan perilaku gizi anak usia sekolah di sekolah dasar wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu”.

1.2 Rumusan Masalah

Data masalah gizi anak usia sekolah dasar Puskesmas Mabelopura Kecamatan Palu Selatan Kota Palu pada tahun 2009 sebesar 14%, sebagian besar (11,59%) dengan gizi lebih. Masalah gizi pada tahun 2010 sebesar 34,35%, sebagian besar (24,93%) dengan gizi kurang. Data tersebut menunjukkan terdapat peningkatan masalah gizi, baik gizi lebih atau gizi kurang. Data tersebut masih di bawah prevalensi nasional 40,1% (Riskesdas, 2007), tetapi di atas prevalensi Kota Palu (13,59%) bahkan prevalensi tertinggi dari 12 puskesmas yang ada di kota Palu. Khusus gizi kurang, berada di atas prevalensi nasional.

Pengamatan peneliti terhadap perilaku makan anak pada tiga SD di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura menunjukkan adanya kecenderungan dalam berperilaku gizi tidak sehat. Hal tersebut hanya berupa gambaran kecil tentang perilaku gizi anak SD. Belum ditemukan data tentang perilaku gizi anak SD yang dikaitkan dengan prinsip gizi seimbang.

Beberapa pendapat menyatakan bahwa perilaku makan anak dapat dipengaruhi oleh lingkungan keluarga, peran guru, teman sebaya dan media massa (Bush *et al*, 1989 dalam Green & Kreuter, 2005; Cullen *et al*, 2000; Stanhope & Lancaster, 2004; Allender & Spradley, 2005; Edelman & Mandel, 2010; Sulistyoningih, 2011).

Penelitian tentang gizi anak usia sekolah telah banyak dilakukan tetapi belum ditemukan penelitian tentang kekuatan hubungan peran orang tua, guru, teman sebaya dan media massa dengan perilaku gizi anak usia sekolah khususnya di Sulawesi Tengah. Uraian tersebut di atas dapat dirumuskan pertanyaan penelitian “ Adakah hubungan antara peran orang tua, guru, teman sebaya dan media dengan perilaku gizi anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu ?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian adalah untuk mengetahui hubungan peran orang tua, guru, teman sebaya dan media massa dengan perilaku gizi anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah teridentifikasinya:

- a. Karakteristik anak usia sekolah mencakup umur, jenis kelamin, berat badan, tinggi badan dan status gizi.
- b. Perilaku gizi anak usia sekolah mencakup pengetahuan, sikap dan praktik gizi
- c. Peran keluarga terhadap perilaku gizi anak usia sekolah
- d. Peran guru terhadap perilaku gizi anak usia sekolah
- e. Peran teman sebaya terhadap perilaku gizi anak usia sekolah
- f. Peran media massa terhadap perilaku gizi anak usia sekolah
- g. Hubungan peran orangtua dengan perilaku gizi anak usia sekolah
- h. Hubungan peran guru dengan perilaku gizi anak usia sekolah
- i. Hubungan peran teman sebaya dengan perilaku anak usia sekolah
- j. Hubungan peran media massa dengan perilaku gizi anak usia sekolah
- k. Peran keluarga, guru, teman sebaya dan media massa yang dominan berhubungan dengan perilaku gizi anak usia sekolah

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat bagi pelayanan keperawatan komunitas

Hasil penelitian diharapkan dapat meningkatkan kualitas praktek keperawatan komunitas ke depan khususnya pada agregat anak usia sekolah melalui upaya promotif dan preventif, juga sebagai *entry point* pengembangan program UKS. Bentuk program yang dapat digunakan perawat adalah melibatkan guru dalam menyusun program pendidikan dan pelayanan gizi di sekolah, mengembangkan metode edukasi melibatkan teman sebaya "*peer education*" meningkatkan pola makan sehat di

sekolah, pelatihan dan pembinaan guru UKS dan semua staf sekolah, dapat mandiri melakukan pemantauan status gizi semua anak di sekolah setiap bulan, minimal enam bulan sekali. Koordinasi dengan kepala Dinas Kesehatan Kota/Propinsi tentang pentingnya integrasi pendidikan gizi ke dalam kurikulum sekolah, kemudian advokasi ke Dinas Pendidikan. Perawat dapat menyusun program pembinaan keluarga anak usia sekolah yang mempunyai perilaku gizi rendah. Pengembangan promosi kesehatan melalui media massa, misalnya penyuluhan tentang makanan bergizi seimbang. Bersama orang tua, sekolah, dan masyarakat membuat *breakfast* dan *lunch program* sebagai proyek inovasi.

1.4.2 Manfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan komunitas

Diharapkan hasil penelitian ini bermanfaat sebagai *evidence base* yang dapat digunakan dalam merencanakan praktik keperawatan komunitas dengan *setting* sekolah pada umumnya dan khususnya wilayah kerja Puskesmas Mabelopura tentang perilaku gizi. Penelitian ini juga dapat menjadi dasar penelitian selanjutnya untuk membuktikan pengaruh orangtua, guru, teman sebaya dan media massa terhadap perilaku gizi atau perilaku kesehatan lainnya atau dapat memfokuskan pada perilaku gizi dengan status gizi kurang atau gizi lebih.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan menjabarkan teori dan konsep yang berhubungan dengan masalah penelitian sebagai bahan rujukan pada penelitian ini dan sebagai panduan dalam menyusun pembahasan. Uraian tinjauan pustaka meliputi teori dan konsep tentang perilaku, gizi, anak usia sekolah, keluarga, guru, teman sebaya dan media massa serta hasil penelitian terkait.

2.1 Perilaku Gizi Anak Usia sekolah

2.1.1 Konsep Perilaku dan Perilaku Sehat

2.1.1.1 Pengertian

Perilaku adalah tanggapan atau reaksi individu yang terwujud melalui gerakan (sikap), fisik atau ucapan (Kamus bahasa Indonesia, <http://www.scribd.com>). Perilaku adalah respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus yang berasal dari dalam diri dan lingkungan seseorang yang dapat diamati atau tidak dapat diamati (Notoatmojo, 2010). Stanhope dan Lancaster (2004) menyatakan bahwa perilaku adalah suatu hasil perbuatan atau tindakan yang dapat diamati, diukur dan diubah yang merupakan nilai dan harapan seseorang. Kesimpulan dari tiga pendapat tersebut yaitu perilaku adalah reaksi atau tindakan seseorang melalui ucapan atau gerakan fisik yang dapat diamati, diukur, dan diubah akibat dari stimulus eksternal dan internal. Salah satu perilaku individu yang perlu dipertahankan atau diperbaiki adalah perilaku sehat.

Perilaku sehat adalah atribut seseorang meliputi kepercayaan, harapan, motif, nilai, persepsi dan unsur-unsur kognitif lainnya seperti karakteristik pribadi (status emosional dan sifat), pola perilaku terbuka, tindakan dan kebiasaan yang berhubungan dengan pemeliharaan kesehatan, pemulihan kesehatan dan peningkatan kesehatan (Gochman, 1988). Perilaku sehat menurut Pender, Murdaugh dan Parsons (2001) adalah perilaku yang termotivasi oleh hasrat untuk meningkatkan status kesehatan, menghindari

sakit dan proteksi diri. Hal tersebut sejalan dengan pendapat Notoatmojo (2010) yang menyatakan bahwa perilaku sehat adalah aktifitas yang dilakukan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan serta terhindar dari penyakit seperti makan dengan menu seimbang, aktifitas fisik yang teratur, tidak merokok dan minum minuman keras serta narkoba, istirahat yang cukup, mampu mengelolah stres, dan menjaga kebersihan diri dan lingkungan. Perilaku sehat dapat disimpulkan yaitu semua kegiatan atau aktifitas seseorang yang terkait dengan upaya mempertahankan kesehatan, meningkatkan kesehatan dan menghindari sakit atau penyakit.

Notoatmojo (2007) menyatakan bahwa salah satu perilaku pemeliharaan kesehatan adalah perilaku gizi yaitu minum dan makan dengan menu seimbang. Hal ini berarti pola makan sehari-hari yang memenuhi kebutuhan gizi baik menurut jumlah atau jenisnya sesuai kebutuhan tubuh seseorang. Hitchcock, Schubert dan Thomas (1999) juga menyatakan bahwa makan makanan bergizi merupakan salah satu aktifitas perilaku sehat. Depkes dan para ahli gizi Indonesia telah menyusun suatu pedoman gizi seimbang (PGS) yang dijabarkan dalam empat prinsip gizi seimbang. Pedoman ini bertujuan memperbaiki perilaku yang baik dan benar dalam mengkonsumsi makanan. Kesimpulan tentang perilaku gizi adalah perilaku seseorang dalam mengkonsumsi makanan dan minuman serta pola hidup sehat lainnya.

2.1.1.2 Domain perilaku

Benyamin Bloom (1908, dalam Notoatmojo, 2010) yang membagi perilaku termasuk perilaku sehat menjadi tiga area, yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. Ketiga domain tersebut akan dijelaskan sebagai berikut:

a. Pengetahuan (*kognitif*)

Domain pengetahuan melibatkan pikiran dan proses pikir. Bloom (1956 dalam Allender & Spradley, 2005) mengatakan bahwa domain pengetahuan merupakan hal mengingat sesuatu (*recall*) atau pengetahuan yang sudah ada, pengembangan kemampuan intelektual

dan keterampilan. Pengetahuan menurut Notoatmojo (2010) adalah hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya atau hasil penginderaan manusia. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmojo, 2007). Pada anak usia sekolah, pengetahuan tentang kesehatan merupakan dasar yang kuat untuk berperilaku promosi kesehatan selama di sekolah (Edelman & Mandle, 2010). Bloom *et al* (1956, dalam Edelman dan Mandle, 2010) menyusun standar domain pengetahuan menjadi beberapa tingkatan, meliputi:

1) Tahu (*know*)

Tahu merupakan tingkat yang paling rendah dari pembelajaran, hanya berupa *recall* dari pengetahuan yang telah ada sebelumnya. Dengan kata lain, mengingat informasi yang bersifat spesifik, umum dan abstraksi di lapangan (Edelman & Mandle, 2010; Stanhope & Lancaster, 2004), hal yang bersifat verbal, termasuk mendefinisikan, mengulang, menyebut daftar dan nama, misalnya dapat menyebutkan nama-nama buah yang bergizi (Allender & Spradley, 2005).

2) Memahami (*comprehension*)

Kemampuan seseorang dalam memahami arti dari konsep (Edelman & Mandle, 2010); merupakan gabungan dari mengingat kembali dan pemahaman meliputi menerjemahkan, menginterpretasikan (Stanhope & Lancaster, 2005); memahami suatu objek, bukan sekadar tahu, tidak hanya dapat menyebutkan tetapi dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

3) Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami informasi baru dan dapat digunakan dengan cara yang berbeda (Stanhope & Lancaster, 2005); mengaplikasikan pemahaman kedalam praktik, misalnya akan praktek makan dengan makanan seimbang minimal

dua kali sehari (Allender & Spradley, 2004); mengaplikasikan prinsip yang diketahui pada situasi yang berbeda, misalnya orang yang telah paham metodologi penelitian, ia akan mudah membuat proposal penelitian di mana saja (Notoatmojo, 2010)

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang membahas atau menerangkan konsep yang telah diperolehnya (Edelman & Mandle, 2010); kemampuan memisahkan bagian-bagian, membedakan setiap unsur dan memahami hubungan antar bagian-bagian tersebut (Allender & Spradley, 2005); kemampuan seseorang menjabarkan dan/atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu objek (Notoatmojo, 2010)

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis adalah kemampuan seseorang mengintegrasikan konsep dengan pembelajaran yang lain (Edelman & Mandle, 2010); tidak hanya dapat memisahkan dan memahami setiap elemen tetapi dapat membentuk suatu elemen menjadi satu kesatuan yang baru (Allender & Spradley, 2005); menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki (Notoatmojo, 2010)

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi adalah kemampuan seseorang dalam menilai atau membandingkan konsep (Edelman & Mandle, 2010); evaluasi merupakan tingkat paling tinggi dari domain pengetahuan. Kemampuan seseorang menilai perilaku sendiri dan perilaku orang lain dengan menggunakan standar yang telah ditetapkan (Allender & Spradley, 2005); berkaitan dengan kemampuan seseorang menjustifikasi atau menilai suatu objek tertentu. Misalnya, seorang

ibu dapat menilai atau menentukan seorang anak menderita gizi kurang atau tidak (Notoatmojo, 2010).

Uraian-uraian sebelumnya dapat disimpulkan bahwa pengetahuan tentang kesehatan terkait erat dengan terbentuknya perilaku sehat seseorang. Sejalan dengan penelitian Ristiani (2009) pada 89 siswa SD menghasilkan simpulan bahwa terdapat hubungan bermakna antara pengetahuan tentang sarapan dengan tindakan sarapan ($\rho = 0,002$). Tingkat pengetahuan seseorang tentang kesehatan berbeda-beda, dimulai dari tingkat yang terendah (tahu) sampai dengan tingkat yang tertinggi (evaluasi).

Pengetahuan tentang kesehatan dapat diukur dengan cara mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara langsung (wawancara) atau melalui pertanyaan-pertanyaan tertulis atau angket. Indikator pengetahuan kesehatan adalah “tingginya pengetahuan” responden tentang kesehatan (Notoatmojo, 2010). Studi yang dilakukan Penkilo, Goerge, dan Hoelscher (2008) bahwa pengisian kuesioner untuk mengukur perilaku gizi dapat dilakukan dengan baik pada anak usia sekolah umur 9-10 tahun dengan nilai koefisien *Spearman* (r) sebesar 0,7. Studi lain juga menyatakan bahwa anak usia sekolah di bawah kelas 5 dan kelas 6 menunjukkan hasil yang tidak reliabel terhadap uji kuesioner (Baranowski, 1988; Sallis, 1991). Kedua studi tersebut dapat disimpulkan bahwa pengumpulan data dari anak usia sekolah melalui kuesioner sebaiknya anak usia sekolah yang berumur 9-12 tahun atau kelas 4 (9 tahun) sampai dengan kelas 6 (12 tahun).

b. Sikap

Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dengan kata lain sikap belum merupakan tindakan tetapi merupakan predisposisi perilaku atau reaksi tertutup. Sikap terhadap kesehatan adalah penilaian seseorang terhadap hal-hal yang terkait dengan pemeliharaan kesehatan misalnya sikap terhadap gizi makanan (Notoatmojo, 2010).

Domain sikap meliputi perasaan, nilai, pendapat, ide, emosi, dan ketertarikan (Stanhope & Lancaster, 2005; Allender & Spradley, 2004; Maurer & Smith, 2005). Sikap adalah suatu reaksi atau kesiapan untuk bertindak setelah mempunyai ketertarikan, perasaan, emosi, ide, nilai dan pendapat terhadap suatu objek atau stimulus. Menurut Allender dan Spradley (2005) sikap juga mempunyai tingkat-tingkat, sebagai berikut:

1) Menerima (*receptive*)

Menerima diartikan sebagai seseorang yang bersedia untuk mendengar, menunjukkan kesadaran dan memberi perhatian. Menurut Notoatmojo (2010) menerima diartikan bahwa seseorang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan.

2) Menanggapi (*responsive*)

Menanggapi diartikan sebagai seseorang yang aktif merespons informasi dalam beberapa cara, misalnya bersedia untuk membaca materi pendidikan, berpartisipasi dalam diskusi, menyelesaikan tugas, mencari informasi lebih lanjut secara sukarela, atau membahas pro dan kontra dari berbagai metode (Allender & Spradley, 2005); memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi (Notoatmojo, 2010).

3) Menghargai (*valuing*)

Menghargai diartikan sebagai penilaian sederhana melalui apresiasi terhadap komitmen, misalnya menyeleksi metode keluarga berencana yang mau digunakan (Allender & Spradley, 2005); seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek (Notoatmojo, 2010).

4) Konsisten (*consistency*)

Konsisten terjadi setelah ada internalisasi ide atau nilai-nilai. Sistem nilai tersebut mengendalikan perilaku seseorang. Misalnya seseorang yang tahu dan menghargai bahwa olahraga penting,

tetapi bermain tenis atau *jogging* hanya kadang-kadang, seseorang tersebut belum internalisasi nilai, dibuktikan dengan *jogging* secara kontinyu selama enam bulan, 12 bulan bahkan lebih dari itu (Allender & Spradley, 2005). Notoatmojo (2010) menyatakan bahwa konsistensi adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, harus berani mengambil risiko bila ada orang yang tidak setuju dengan keyakinan tersebut.

Pengukuran sikap dapat dilakukan dengan cara mengajukan pertanyaan secara langsung atau pertanyaan-pertanyaan tidak langsung terhadap objek atau stimulus. Pertanyaan secara langsung dapat dilakukan dengan cara memberikan pendapat dengan menggunakan kata “setuju” atau “tidak setuju” terhadap pernyataan-pernyataan pada objek tertentu. Jawaban responden terhadap objek tertentu dapat juga menggunakan skala *likert*, misalnya nilai 5 bila sangat setuju, nilai 4 bila setuju, nilai 3 bila biasa saja, nilai 2 bila tidak setuju dan nilai 1 bila sangat tidak setuju. Sikap juga dapat diukur dari pertanyaan-pertanyaan tidak langsung, misalnya “Apabila orangtua diwajibkan untuk memberi sarapan anak sebelum ke sekolah, anda sebagai orangtua anak, apakah anda bersedia melakukan ?”

c. Keterampilan atau praktik

Domain keterampilan mencakup kinerja atau keterampilan yang menggunakan koordinasi otak dan otot dan semua mengutamakan keterampilan motorik. Penentu kemampuan keterampilan adalah mampu secara fisik, intelektual dan emosional (Bloom *et al*, 1956, dalam Stanhope & Lancaster, 2004). Menurut Notoatmojo (2010) keterampilan atau tindakan belum dapat terwujud, jika masih ada faktor pendukung yang lain belum tersedia.

Praktik atau tindakan dapat dibedakan menjadi tiga tingkatan, yaitu:
1) Praktik terpimpin. Apabila seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih bergantung pada petunjuk atau panduan; 2) Praktik secara

mekanisme. Seseorang telah mempraktikkan sesuatu hal tanpa panduan atau secara otomatis; 3) Adopsi. Adopsi adalah suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang. Tindakan yang dilakukan tidak hanya sebagai rutinitas, tetapi sudah dimodifikasi untuk menghasilkan tindakan berkualitas.

Praktik kesehatan atau tindakan untuk hidup sehat adalah kegiatan yang dilakukan untuk mempertahankan atau meningkatkan status kesehatan. Terdapat empat tindakan yang terkait kesehatan, yaitu: 1) tindakan atau praktik yang terkait pencegahan penyakit menular dan tidak menular serta praktik tentang mengatasi atau menangani sementara penyakit yang diderita; 2) tindakan atau praktik yang berhubungan dengan gizi makanan, sarana air bersih, pembuangan air limbah, perumahan sehat dan lain-lain; 3) tindakan atau praktik yang berhubungan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan; 4) tindakan atau praktik untuk menghindari kecelakaan.

Pengukuran tindakan dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung. Pengukuran tindakan yang paling baik adalah secara langsung dengan cara pengamatan atau observasi. Pengukuran tindakan atau praktik secara tidak langsung melalui metode mengingat kembali (*recall*). Metode ini dilakukan melalui pertanyaan-pertanyaan terhadap subjek tentang apa telah dilakukan berhubungan dengan kesehatan. Misalnya, untuk mengetahui praktik gizi ibu terhadap anak balitanya, dengan menanyakan makanan apa saja yang diberikan kepada anaknya selama 24 jam terakhir (Notoatmojo, 2010).

Khusus anak usia sekolah, penilaian pengetahuan, sikap dan keterampilan atau praktik menggunakan standar keberhasilan pencapaian yaitu rata-rata 60%. Kriteria ideal untuk masing-masing indikator adalah pencapaian di atas 75%. Anak dianggap sudah kompeten dengan pencapaian diatas 85% (Depdiknas, 2008).

2.1.2 Gizi Anak Usia Sekolah

2.1.2.1 Pengertian Gizi

Gizi berasal dari bahasa Arab “Al Gizzai” yang artinya makanan yang bermanfaat untuk kesehatan (Depkes, 2005). Pengertian gizi tersebut dilengkapi oleh Harkreader, Hogan dan Thobaben (2007) yang menyatakan bahwa gizi adalah zat-zat makanan yang diproses melalui pencernaan yang digunakan untuk energi, mempertahankan fungsi tubuh dan memperbaharui sel-sel organisme. Pengertian gizi yang lebih kompleks menurut Sulistyoningih (2011) menyatakan gizi (*nutrition*) adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan, untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi. Tiga pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa gizi adalah makanan yang dikonsumsi diproses melalui sistem pencernaan yang bermanfaat bagi kesehatan untuk energi, pertumbuhan dan perbaikan fungsi-fungsi tubuh. Makanan yang dikonsumsi untuk kebutuhan tubuh dan kesehatan harus mengandung unsur atau zat-zat gizi (Grodner, Long, & Walkingshaw, 2007).

2.1.2.2 Unsur-unsur Gizi

Depkes (2005) dalam Pedoman umum gizi seimbang (PUGS) dan Tumpeng Gizi Seimbang (TGS) oleh pakar gizi di Indonesia menyatakan setiap orang memerlukan lima kelompok zat gizi (karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral) dalam jumlah cukup, tidak berlebihan dan tidak juga kekurangan untuk meningkatkan kualitas hidup. Selain itu, manusia memerlukan air yang merupakan zat gizi dan unsur yang paling berlimpah dalam tubuh (Kurniasih dkk, 2010). Hal ini didukung oleh Grodner, Long, dan Walkingshaw (2007) bahwa zat gizi dibagi menjadi enam kategori yaitu karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, dan air.

Zat gizi dikelompokkan berdasarkan jumlah yang dibutuhkan tubuh yaitu zat gizi makro (*macronutrient*) dan zat gizi mikro (*micronutrient*). Zat gizi

mikro terdiri dari karbohidrat, lemak dan protein. Zat gizi mikro terdiri dari mineral dan vitamin. Selanjutnya akan dijelaskan masing-masing berdasarkan TGS sebagai berikut:

a. Karbohidrat

Karbohidrat terdiri dari dua jenis yaitu karbohidrat sederhana dan karbohidrat kompleks. Karbohidrat sederhana adalah makanan yang mengandung gula, misalnya buah-buahan, susu, dan semua makanan yang manis termasuk gula coklat dan putih, madu, sirup jagung dengan fruktosa tinggi. Karbohidrat kompleks yaitu makanan yang mengandung kanji atau banyak serat misalnya gandum, padi-padian, buah-buahan, dan sayur-sayuran (Grodner, Long, & Walkingshaw, 2007).

Sumber utama karbohidrat dalam pola makan di Indonesia adalah beras. Jagung, ubi, sagu, sukun, dan lain-lain dikonsumsi sebagai pengganti beras di beberapa daerah. Mi dan roti yang terbuat dari tepung terigu dikonsumsi sebagian masyarakat khususnya di kota. Makanan sumber karbohidrat digolongkan sebagai makanan pokok karena sebagian besar energi berasal dari karbohidrat (Kurniasih dkk, 2010).

Sulistyoningsih (2010) menyatakan fungsi utama karbohidrat adalah sebagai sumber energi; sebagian untuk otot dan otak (Grodner, Long, & Walkingshaw 2007). Fungsi karbohidrat yang lain: a) membantu pengeluaran feses; b) sebagai cadangan energi; c) pemberi rasa manis pada makanan; d) pengatur metabolisme lemak; e) sebagai bagian dari struktur sel, dalam bentuk glikoprotein. Reseptor seluler yang terdapat pada permukaan membran sel adalah suatu glikoprotein yang salah satunya merupakan reseptor bagi hormon (Sulistyoningsih, 2011)

Ketidakeimbangan asupan karbohidrat dengan kebutuhan tubuh serta adanya gangguan proses metabolisme dapat menimbulkan masalah kesehatan. Kurang asupan karbohidrat dari kebutuhan tubuh dapat

menyebabkan masalah kesehatan yang dikenal istilah Kurang Energi protein (KEP). KEP terbagi menjadi dua yaitu marasmus dan kwashiorkor. Asupan karbohidrat yang melebihi kebutuhan tubuh dapat menyebabkan kelebihan berat badan atau gemuk. Kelebihan berat badan berisiko menderita diabetes melitus dan masalah kesehatan yang lain (Sulistyoningsih, 2011).

Faktor ekonomi cukup berpengaruh terhadap konsumsi karbohidrat. Makin tinggi tingkat ekonomi masyarakat, semakin rendah persentase energi dari karbohidrat yang digantikan sumber energi protein dan lemak. Sebaliknya, makin rendah tingkat ekonomi, semakin tinggi asupan karbohidrat dan rendah persentase asupan energi dari lemak dan protein. Namun, tanpa pengetahuan dan pendidikan gizi seimbang, maka kecenderungan ini akan mendorong pola makan yang tidak sehat. Peningkatan ekonomi dan diikuti pendidikan gizi merupakan hal yang terbaik (Kurniasih dkk 2010).

b. Protein

Protein dapat dibedakan berdasarkan sumber dan proporsi kandungan asam amino. Protein berdasarkan sumber ada dua yaitu protein hewani dan protein nabati. Protein hewani lebih tinggi nilai biologi protein dari pada protein nabati. Bahan makanan sumber protein hewani antara lain daging, unggas, ikan, telur, susu, kerang dan udang. Bahan makanan sumber nabati antara lain kedelai dan olahannya seperti tempe dan tahu, serta kacang-kacangan lain. Kedelai merupakan bahan nabati dengan nilai biologi protein tertinggi (Sulistyoningsih, 2011).

Protein mempunyai beberapa fungsi penting yang dibutuhkan tubuh, antara lain: 1) pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan. Pertumbuhan atau penambahan otot juga pemeliharaan dan perbaikan jaringan hanya akan terjadi jika cukup tersedia campuran asam amino yang sesuai. Selain itu, protein berperan dalam pembentukan struktur tulang, enzim, hormon, darah, sistem imun, dan membran sel (Grodner, Long, dan Walkingshaw 2007); 2) salah satu penghasil energi. Apabila

pemenuhan kebutuhan energi tidak tercukupi dari karbohidrat, maka protein dapat digunakan sebagai sumber energi. 3) merupakan bagian dari enzim dan antibodi; 4) mengangkut zat gizi; 5) mengatur keseimbangan air (Sulistyoningsih, 2011). Protein tidak dapat berfungsi baik dalam tubuh dalam tubuh tanpa kecukupan sumber energi yang lain seperti karbohidrat, lemak, vitamin dan mineral (Kurniasih dkk, 2010).

c. Lemak

Sumber utama lemak terdapat pada minyak tumbuh-tumbuhan (minyak kelapa, kelapa sawit, kacang tanah, kacang kedelai, jagung), mentega, margarin, serta lemak hewan pada daging atau ayam. Bahan makanan lain yang mengandung lemak, antara lain krim, keju, susu, telur dan biji-bijian.

Lemak juga sebagai sumber energi, bahkan tertinggi (9 kkal per gram). Lemak dalam makanan berfungsi sebagai pelezat makanan sehingga orang cenderung lebih menyukai makanan berlemak (Kurniasih dkk, 2010). Fungsi lemak yang lain adalah menghasilkan asam linolenat dan linoleat yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dan fungsi normal jaringan, membantu transportasi dan absorpsi vitamin A, D, E, dan K, sebagai bantalan organ tubuh tertentu, dan membantu memelihara suhu tubuh serta mencegah kehilangan panas tubuh secara cepat (Sulistyoningsih, 2011).

Ketidakseimbangan asupan lemak dapat menimbulkan berbagai penyakit. Konsumsi lemak yang berlebihan dapat mengakibatkan obesitas dan meningkatnya kolesterol darah. Hal ini akan berdampak pada timbulnya penyakit jantung dan pembuluh darah. Asupan lemak kurang dari kebutuhan tubuh dapat menyebabkan berkurangnya asupan kalori. Kekurangan lemak dapat juga menyebabkan gejala defisiensi vitamin larut dalam lemak.

d. Vitamin dan Mineral

Vitamin adalah bahan organik kompleks yang umumnya dibutuhkan dalam jumlah sedikit dan tidak bisa dibentuk di dalam tubuh sehingga harus dipenuhi dari makanan. Secara garis besar, vitamin terbagi menjadi dua, yaitu vitamin yang larut dalam lemak dan vitamin larut dalam air. Vitamin larut dalam lemak yaitu vitamin A, D, E, dan K, sedangkan vitamin larut dalam air, yaitu vitamin B dan C.

Mineral merupakan bagian tubuh yang memegang peranan dalam pemeliharaan fungsi tubuh, baik pada tingkat sel, jaringan, organ, maupun fungsi organ secara keseluruhan. Mineral juga berperan dalam pembentukan tulang dan gigi serta berbagai tahap metabolisme terutama dalam kofaktor dalam aktifitas enzim-enzim (Sulistyoningsih, 2011).

Vitamin dan mineral terutama banyak terdapat dalam sayur dan buah, khususnya yang berwarna kuning dan hijau tua. Untuk mempertahankan kandungan vitamin dan mineral, sebaiknya dihidangkan dalam bentuk mentah setelah dicuci bersih atau setengah matang sebagai salad atau lalapan. Vitamin dan mineral (vitamin A, zat besi, folat) juga terdapat dalam makanan sumber protein hewani, tetapi relatif lebih mahal dibandingkan dari sayur dan buah. Sayur dan buah dianjurkan untuk dikonsumsi sesering mungkin atau setiap hari. Kekurangan vitamin dan mineral merupakan masalah utama yang banyak terjadi pada negara berkembang, termasuk Indonesia (Kurniasih dkk, 2010). Survey yang dilakukan *Center for Disease Control and Prevention (CDC)* Amerika (2001), sebesar 79% anak usia sekolah makan sayur dan buah kurang lima porsi dalam sehari mengalami masalah gizi lebih (Allender & Spradley, 2005).

e. Air

Air adalah sebagian besar terdapat dalam jaringan tubuh. Air berfungsi untuk transportasi zat-zat gizi dalam sel. Kebutuhan untuk air lebih urgent daripada zat-zat gizi yang lain (Sulistyoningsih, 2011). Air juga

berfungsi sebagai pengatur suhu tubuh, “bantal” sistem saraf, cairan otak, dan sumsum tulang belakang serta diperlukan dalam proses metabolisme dan pencernaan (Kolasa, Lackey, & Grandjean, 2009).

Kebutuhan air untuk mempertahankan keseimbangan air dalam tubuh dapat dipengaruhi oleh umur, aktivitas fisik, suhu, pola makan, dan status kesehatan (hamil, menyusui, dan lain-lain), serta demam. Air yang dikonsumsi minimum 2 liter atau 8 gelas per hari, masyarakat pada umumnya. Konsumsi air dapat meningkat lebih dari 2 liter ketika dalam kondisi beraktivitas berat dan suasana panas.

Air yang memenuhi syarat untuk diminum adalah air yang tidak berasa, tidak berbau, dan jernih, tidak mengandung zat yang berbahaya bagi tubuh, seperti cemaran kotoran biologis, pestisida, dan logam berat. Air kemasan yang sehat adalah yang memenuhi Standar Nasional Indonesia (SNI). Keamanan air minum diragukan, sebaiknya minum air yang direbus sampai mendidih (Kurniasih dkk, 2010).

Kongres gizi internasional di Roma tahun 1992 merekomendasikan setiap negara untuk menyusun pedoman umum gizi seimbang sebagai media pendidikan gizi. Sebagai contoh di Amerika dikenal dengan nama “*Dietary Guidelines for Americans*” (Grodner, Long, dan Walkingshaw 2007), di Indonesia dengan Pedoman Umum Gizi Seimbang (Depkes, 2005).

Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS) telah disesuaikan kaidah ilmu gizi. PUGS bertujuan mengatur perilaku makan sehari-hari dengan gizi seimbang yang tertuang dalam bentuk 13 pesan dasar, sebagai berikut: 1) Konsumsi makanan yang beraneka ragam; 2) Konsumsi makanan untuk memenuhi kecukupan energi; 3) Makan makanan sumber karbohidrat setengah dari kebutuhan energi; 4) Batasi konsumsi lemak dan minyak sampai seperempat dari kebutuhan energi; 5) Gunakan garam beryodium; 6) Makan makanan sumber zat besi (Fe); 7) Berikan ASI saja kepada bayi sampai umur empat bulan; 8) Biasakan makan pagi; 9) Minum air bersih

yang aman dan cukup jumlahnya; 10) Lakukan kegiatan fisik dan olah raga secara teratur; 11) Hindari minum minuman beralkohol; 12) Makan makanan yang aman bagi kesehatan; 13) Baca label pada makanan yang dikemas.

Awal tahun 2011 diluncurkan pedoman baru tentang gizi seimbang yang merupakan penyederhanaan dari PUGS yang diberi istilah Tumpeng Gizi Seimbang dengan empat prinsip dasar, yaitu :

a. Variasi makanan

Membiasakan makan makanan beraneka ragam merupakan prinsip pertama dari gizi seimbang yang universal. Setiap manusia membutuhkan makanan yang beraneka ragam atau bervariasi, di mana saja. Makin beragam pola hidangan makanan, akan semakin mudah terpenuhi kebutuhan berbagai zat gizi. Variasi makanan meliputi makanan pokok, sayur, buah, sumber protein dan lemak sebaiknya dikonsumsi beraneka ragam.

Gizi seimbang bagi anak usia sekolah adalah dipenuhi setiap hari dengan makanan yang beraneka ragam, baik makan pagi (sarapan), makan siang, dan makan malam. Anjuran untuk membiasakan makan pagi karena menyumbang seperempat kebutuhan gizi terutama energi. Jenis makanan pagi bisa beragam, misalnya nasi dan lauk pauk atau bahan makanan pengganti lainnya yang mempunyai kandungan gizi yang baik.

Anak perlu dibiasakan membawa bekal makanan dan minuman agar tidak jajan di sekolah. Anak diberikan air minum minimal 2 liter per hari dan jelaskan manfaat air minum. Anak dapat dididik untuk menyukai sayur atau buah dengan cara makanan bekal dapat berupa buah atau makanan yang mengandung sayur misalnya puding buah, pastel, lumpia, arem-arem isi sayuran dan daging.

b. Pola hidup bersih

Prinsip kedua dari TGS adalah pentingnya pola hidup bersih. Pola makan dengan gizi seimbang akan menjadi tidak bermanfaat bila tidak diikuti dengan praktik kebiasaan hidup bersih, misalnya mencuci tangan dengan air bersih dan sabun sebelum makan, menyajikan makanan dalam keadaan tertutup sehingga tidak mudah dihinggapi lalat atau serangga, memasak makanan dengan suhu yang tepat supaya dapat mematikan kuman, serta mencuci sayur dan buah dengan air bersih. Prinsip pola hidup bersih sejalan dengan program PHBS.

Anak sejak dini perlu dibiasakan menjalankan pola hidup bersih. Anak usia sekolah masih membutuhkan bimbingan dan pendampingan dari orang tua. Anak perlu diingatkan untuk selalu menjaga kebersihan tubuh dan lingkungan, seperti menggosok gigi, mandi, mencuci tangan dengan sabun, membuang sampah pada tempatnya agar terhindar dari ancaman berbagai penyakit infeksi.

c. Aktivitas fisik

Prinsip ketiga gizi seimbang adalah kesesuaian atau keseimbangan antara asupan dan pengeluaran energi untuk beraktivitas. Energi yang masuk harus seimbang dengan kebutuhan aktivitas, bila energi yang masuk lebih kecil dari kebutuhan untuk beraktivitas maka berat badan akan turun dan dapat menjadi kurus. Asupan energi yang melebihi kebutuhan aktivitas, akan menyebabkan kegemukan.

Kurniasih dkk (2010) mengatakan bahwa aktifitas santai yang diikuti dengan makan berlebihan akan menyebabkan kegemukan. Hal ini didukung oleh pendapat Edelman dan Mandle (2010) yang menyatakan aktifitas fisik yang kurang mendukung terjadi berat badan lebih. Sulistyoningsih (2011) mendukung bahwa kejadian obesitas pada anak karena asupan energi yang masuk tidak seimbang dengan aktifitas fisik yang kurang. Pender, Murdaugh dan Parson (2006) mengatakan tentang aktifitas fisik yang teratur mengurangi risiko berat badan lebih.

Anak usia sekolah yang melakukan aktivitas fisik dapat merangsang perkembangan otot-otot sehingga berpengaruh terhadap pertumbuhan yang optimal. Gerak motorik kasar yang dilakukan pada usia pertumbuhan dapat membuat tubuh lebih lentur, memperkuat otot dan tulang serta menjaga kebugaran. Anak usia sekolah pada umumnya mempunyai aktivitas di luar ruang. Anak yang mempunyai aktivitas tinggi di luar rumah sangat perlu memperhatikan makanan bergizi seimbang.

Aktivitas fisik yang menyehatkan pada anak usia sekolah baik bermain maupun olah raga seperti bola kaki, bola basket, voli, bulutangkis, bersepeda, *jogging*, *skipping*. Olah raga tradisional perlu dihidupkan kembali seperti petak umpet, galasin, loncat tali dan lain-lain. Anak yang mempunyai aktivitas tinggi, selain membutuhkan gizi seimbang juga membutuhkan istirahat yang cukup.

Aktivitas yang perlu dikurangi oleh anak adalah aktivitas santai (*leisure*) seperti main *games*, nonton TV, dan selalu berkendara bermotor. Aktivitas santai yang diikuti dengan makanan yang berlebihan akan menyebabkan kegemukan dan merupakan faktor risiko terjadi penyakit kardiovaskuler. Kebiasaan hidup aktif bergerak dan berolahraga teratur salah satu upaya pencegahan terjadi penyakit, oleh karena itu olahraga merupakan bagian dari pola hidup bergizi seimbang.

d. Pemantauan berat badan ideal

Keseimbangan antara asupan makanan dan aktivitas dapat diukur dengan naik turunnya berat badan. Berat badan yang sehat antara lain dengan kemampuan mempertahankan berat badan ideal. Berat badan ideal adalah berat badan yang serasi dengan tinggi badan dengan rumus tertentu yaitu berat badan (kg) dibagi dengan tinggi badan (meter) kuadrat, hasilnya ditentukan dengan standar yang telah ditentukan. Rumus tersebut dikenal dengan nama Indeks Massa Tubuh (IMT). IMT anak usia sekolah dibandingkan dengan IMT tabel

berdasarkan umur dan jenis kelamin, dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.1

Tabel IMT anak perempuan usia 6-12 tahun

No	Usia (tahun)	Sangat kurus (kurang dari)	Kurus	Normal	Gemuk	Sangat gemuk (lebih dari)
1.	6	11,7	11,7-12,6	12,7-16,9	17,0-19,2	19,2
2.	7	11,8	11,8-12,7	12,8-17,3	17,4-19,9	19,9
3.	8	11,9	11,9-12,8	12,9-17,6	17,7-20,6	20,6
4.	9	12,1	12,1-13,0	13,1-18,2	18,3-21,5	21,5
5.	10	12,4	12,4-13,4	13,4-18,9	19,0-22,6	22,6
6.	11	12,7	12,7-13,9	14,0-19,8	19,9-23,7	23,7
7.	12	13,2	13,2-14,3	14,4-20,7	20,8-25,0	25,0

Sumber : WHO (2007) dalam Kurniasih dkk (2010)

Tabel 2.1

Tabel IMT anak laki-laki usia 6-12 tahun

No	Usia (tahun)	Sangat kurus (kurang dari)	Kurus	Normal	Gemuk	Sangat gemuk (lebih dari)
1.	6	12,1	12,1-13,0	13,1-16,7	16,8-18,5	18,5
2.	7	12,3	12,3-13,1	13,2-17,1	17,2-19,0	19,0
3.	8	12,4	12,4-13,3	13,4-17,4	17,5-19,6	19,6
4.	9	12,5	12,5-13,5	13,6-17,8	17,9-20,4	20,4
5.	10	12,8	12,8-13,7	13,8-18,4	18,5-21,4	21,4
6.	11	13,1	13,1-14,1	14,2-19,1	19,2-22,4	22,4
7.	12	13,4	13,4-14,4	14,5-19,9	20,0-23,6	23,6

Sumber : WHO (2007) dalam Kurniasih dkk (2010)

Ukuran berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) dapat menjadi penilaian status gizi. Pengukuran berat badan dan tinggi badan anak usia sekolah dapat dilakukan di UKS. Pemantauan berat badan, tinggi badan, dan status gizi dicatat pada Kartu Menuju Sehat Anak sekolah (KMS-AS). Status gizi berdasarkan KMS-AS dinilai berdasarkan kurve Persentil (P) yaitu kurang dari P3 (gizi kurang), antara P3-P97 (gizi baik), dan di atas P97 (gizi lebih). Menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan dilakukan secara teratur setiap enam bulan.

Pemantauan berat badan menunjukkan status gizi anak. Berat badan berlebih (gemuk), dianjurkan untuk mengurangi makanan sumber lemak atau yang manis-manis. Berat badan tidak naik, tingkatkan konsumsi makanan, bila tak kunjung naik, konsultasi ke dokter atau ahli gizi.

Keempat prinsip gizi seimbang tersebut divisualisasikan dalam bentuk tumpeng. TGS terdiri atas beberapa potongan tumpeng: satu potongan besar, dua potongan sedang, dua potongan kecil, dan puncak terdapat potongan terkecil. Luasnya potongan TGS menunjukkan porsi makanan yang harus dikonsumsi setiap orang per hari. TGS yang terdiri atas potongan-potongan itu dialasi oleh air putih. Air putih menandakan bagian terbesar dari zat gizi esensial bagi kehidupan untuk hidup sehat dan aktif. Air putih dibutuhkan untuk tubuh minimal 2 liter (8 gelas) dalam sehari. Setelah itu, di atasnya terdapat potongan besar yang merupakan golongan makanan pokok (sumber karbohidrat). Golongan ini dianjurkan dikonsumsi 3-8 porsi. Selanjutnya, di atasnya lagi terdapat golongan sayur dan buah sebagai sumber vitamin dan mineral. Keduanya dalam potongan yang berbeda luasnya untuk menekankan pentingnya peran dan porsi setiap golongan. Ukuran potongan sayur lebih besar dari buah yang terletak di sebelahnya. Hal ini berarti, jumlah sayur yang dilahap setiap hari sedikit lebih besar (3-5 porsi) daripada buah (2-3 porsi). Selanjutnya lapisan ketiga dari bawah ada golongan protein, seperti daging, telur, ikan, susu, dan produk susu di potongan kanan, potongan kiri ada kacang-

kacangan serta hasil olahan seperti tahu, tempe, dan oncom. Bagian puncak TGS adalah makanan dalam potongan yang sangat kecil adalah minyak, gula, dan garam, yang dianjurkan seperlunya. Bagian bawah tumpeng terdapat prinsip gizi seimbang lain, yaitu pola hidup aktif dengan berolahraga, menjaga kebersihan dan pemantauan berat badan. Gizi mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan, serta kemampuan pembelajaran anak usia sekolah (Lee, 2002). Gambar TGS sebagai berikut:



Gambar 2.1 Tumpeng-bentuk visualisasi Pedoman Gizi Seimbang Indonesia

Sumber : buku sehat dan bugar berkat gizi seimbang tahun 2010

2.1.3 Tumbuh Kembang Anak Usia Sekolah

2.1.3.1 Istilah dan Batasan Anak Usia Sekolah

Beberapa pendapat yang memberi definisi anak usia sekolah dengan batasan umur. Anak usia sekolah adalah anak dengan rentang kehidupan dimulai dari usia 6-12 tahun (Potter & Perry, 2009; Hockenbery & Wilson, 2009; Edelman & Mandle, 2006; Lewis & Bear, 2002; Muscary, 2001); usia 5-13 tahun (Friedman, Bowden & Jones, 2003); usia 6-18 tahun (Notoatmojo, 2010); usia 6-9 tahun (Kurniasih dkk, 2010). Selain batasan umur, anak usia sekolah juga dikenal sebagai periode usia pertengahan

dan usia masa sekolah. Hal ini menunjukkan periode anak usia sekolah mulai masuk ke lingkungan sekolah (Hockenberry & Wilson, 2009). Pengertian ini didukung pula Potter dan Perry (2009) yang menyatakan bahwa periode usia sekolah dimulai saat anak memasuki sekolah dasar dengan usia enam tahun. Pada usia 12 tahun, anak mengalami pubertas dan menandakan akhir dari masa usia sekolah. WHO dalam Kurniasih dkk (2010), pubertas terjadi pada masa remaja (10-19 tahun). Kesimpulan dapat ditarik bahwa anak usia sekolah adalah anak yang berusia 6-12 tahun, mulai memasuki kehidupan sekolah dan berakhir menjelang pubertas.

2.1.3.2 Proses Tumbuh Kembang

Anak usia sekolah dalam masa tumbuh kembang merupakan kelompok (*agregat*) berisiko terhadap masalah kesehatan. Maurer dan Smith (2005) mengatakan bahwa anak usia sekolah dikatakan kelompok berisiko (*at risk*) ketika anak memiliki kondisi biologis, psikologis atau sanitasi lingkungan yang buruk sehingga anak berisiko untuk mengalami gangguan fisik, kognitif, atau perkembangan psikososial. Aktivitas tertentu atau karakteristik yang dimiliki dapat meningkatkan seseorang mengalami masalah kesehatan (Stone, McGuire, & Eigsti, 1998).

Anak usia sekolah mempunyai karakteristik tersendiri selama dalam proses pertumbuhan dan perkembangan. Sepanjang proses tumbuh kembang dapat mengakibatkan terjadi perubahan fisik, kognitif, dan emosional (Stanhope & Lancaster, 2004). Tumbuh kembang dianggap sebagai satu kesatuan yang mencerminkan berbagai perubahan yang terjadi selama proses kehidupan. Proses tumbuh kembang saling berkaitan, terjadi secara bersamaan dan berkesinambungan. Tumbuh kembang ini bergantung pada beberapa faktor yang mempengaruhi yaitu endokrin, genetika, konstitusional, lingkungan dan gizi (Seisdel, 1999 dalam Hockenberry & Wilson, 2009).

Pertumbuhan dianggap sebagai perubahan kuantitatif. Pertumbuhan diartikan sebagai peningkatan jumlah dan ukuran sel yang menghasilkan

peningkatan ukuran dan berat seluruh atau sebagian dari sel. Pertumbuhan bagian-bagian sel memiliki laju pertumbuhan masing-masing yang berkaitan langsung dengan perubahan fisik anak misalnya frekuensi jantung, pertumbuhan otot rangka, dan lain-lain (Hockenberry & Wilson, 2009).

Pertumbuhan fisik anak usia sekolah sangat khas yaitu pertumbuhan lambat dan stabil (Stanhope & Lancaster, 2004). Sejalan dengan Hockenberry dan Wilson (2009) yang menyatakan pertumbuhan anak usia sekolah lebih lambat dibanding masa kanak-kanak awal dan prapubertas. Pertambahan tinggi badan sekitar 5 cm per tahun untuk mencapai tinggi badan 30 cm sampai 60 cm. Berat badan bertambah 2 sampai 3 kg per tahun.

Pertambahan berat badan dan tinggi badan antara anak laki-laki dan perempuan mengalami perbedaan yang sedikit. Anak laki-laki cenderung lebih tinggi dan lebih berat dari pada anak perempuan pada periode usia sekolah. Sebaliknya, ketika menjelang akhir usia sekolah, sebagian besar berat badan anak perempuan melebihi berat badan laki-laki, meskipun ukuran tubuh keduanya meningkat (Hockemberry & Wilson, 2009). Perbedaan tersebut juga didukung oleh pendapat Sulistyoningsih (2011) yang mengatakan bahwa persentase lemak tubuh pada perempuan (19%) terjadi peningkatan lebih dini dan lebih tinggi dari laki-laki (14%) pada masa pubertas serta laki-laki memiliki massa tubuh lebih tipis dibandingkan dengan perempuan. Kurniasih dkk (2010) menjelaskan bahwa pertumbuhan pesat dialami anak perempuan maupun anak laki-laki menjelang dan pada saat pubertas atau remaja (10-19 tahun). Pelegrini *et al* (2008) melakukan survey terhadap 36.976 anak usia sekolah (10-15 tahun) di Brazil, ditemukan 12,3% anak perempuan dan 11,6% anak laki-laki yang memiliki berat badan lebih (*overweight*).

Sebelum memasuki usia remaja, pertumbuhan fisik anak usia sekolah yang lambat menyebabkan kebutuhan kalori juga menurun. Meskipun demikian, kebutuhan kalori dan pemenuhan gizi seimbang tetap harus dipenuhi

(Hockemberry & Wilson, 2009). Sulystyoningsih (2011) juga sependapat mengatakan bahwa anak usia sekolah memasuki periode pertumbuhan yang lebih lambat sehingga masukan dan nafsu makan anak juga berkurang. Kondisi anak tersebut perlu dipahami oleh orang tua, sehingga orang tua berusaha untuk mencari jalan keluar supaya kebutuhan gizi anak tetap terpenuhi. Kesimpulan dapat ditarik bahwa pada tahap perkembangan anak usia sekolah, pertumbuhan mengalami kelambatan, masukan dan nafsu makan menurun sehingga anak usia sekolah berisiko mengalami masalah gizi.

Perubahan fisik lain yang seperti postur tubuh lebih ramping, kaki lebih panjang. Postur tubuh ini memudahkan anak melakukan aktifitas memanjat, berlari, melompat, mengendarai sepeda dan lain-lain. Aktifitas dan latihan fisik penting untuk perkembangan otot dan tonus otot. Anak yang bermain dengan aktifitas tinggi atau latihan fisik berat membuat metabolisme meningkat sehingga kebutuhan energi sangat tinggi (Hockenberry & Wilson, 2009). Perubahan fisik yang lain adalah kematangan pada sistem gastrointestinal dan kapasitas lambung meningkat sehingga kebutuhan kalori dan makanan ringan (tidak sehat) perlu dikurangi (Edelman & Mandel, 2010). Selain pertumbuhan, perkembangan pada anak usia sekolah juga dapat menyebabkan risiko masalah gizi

Perkembangan dianggap sebagai perubahan kualitatif. Perkembangan adalah perubahan dan perluasan secara bertahap seperti perkembangan kompleksitas dari yang lebih rendah ke yang lebih tinggi, peningkatan dan perluasan kompetensi seseorang melalui pertumbuhan, maturasi serta pembelajaran. Perkembangan meliputi perkembangan kepribadian (psikososial dan psikoseksual), mental (kognitif, bahasa, moral, spiritual), dan konsep diri (citra tubuh dan harga diri) (Hockenberry & Wilson, 2009).

Perkembangan sosial berperan menentukan tumbang kembang anak menjadi optimal. Anak mulai mengembangkan hubungan sosial pada

lingkungan rumah dan lingkungan sekolah. Kelompok teman sebaya merupakan salah satu agen sosialisasi terpenting pada kehidupan anak usia sekolah. Anak-anak memiliki budaya tersendiri, disertai rahasia, adat istiadat dan kode etik yang meningkatkan rasa solidaritas kelompok dan melepaskan diri dari orang dewasa. Teman sebaya memberi pengaruh kuat untuk tidak tergantung dari orang tua. Bantuan dan dukungan kelompok memberi anak keamanan yang cukup untuk menghadapi risiko penolakan dari orang tua. Selain dukungan yang baik, ikatan kelompok teman sebaya yang kuat juga terdapat sifat-sifat yang membahayakan. Tekanan teman sebaya dapat memaksa anak untuk mengambil risiko negatif (Hockenbery & Wilson, 2009).

Teman sebaya dapat mempengaruhi dan memberi dampak positif atau negatif. Salah satu pengaruh teman sebaya yang bisa berdampak pada status kesehatan adalah pola makan. Pengaruh teman sebaya di sekolah akan menjadi lebih besar karena anak lebih banyak menghabiskan waktu di sekolah dibandingkan dengan keluarga (Sulistyoningsih, 2011). Muscary (2001) juga menyatakan bahwa teman sebaya mempunyai pengaruh kuat terhadap perilaku anak usia sekolah dalam memilih makanan yang tidak sehat.

Beberapa perilaku anak usia sekolah yang berisiko menyebabkan terjadi masalah gizi. Pada masa usia sekolah, umumnya pola makan sudah terbentuk. Anak memiliki makanan kesukaan atau makanan favorit dan sebaliknya juga memiliki makanan yang tidak disukai (*benci*). Anak usia sekolah makan dengan proporsi yang kurang dari kebutuhan tubuhnya (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999). Hal tersebut sejalan dengan Muscary (2001) yang menyatakan bahwa anak usia sekolah mempunyai kebiasaan mencari makanan yang disukai dan makan hanya pada satu jenis makanan setiap waktu makan. Anak suka memilih makanan tertentu "*picky*" dan lebih suka mencoba makanan baru. Pemilihan makanan yang buruk atau kurang sehat merupakan ciri khas pada anak usia sekolah.

Perilaku makan anak yang lain adalah kebiasaan jajan. Anak usia sekolah cenderung kebiasaan jajan meningkat (Stanhope & Lancaster, 2004). Makanan jajanan umumnya digemari anak sekolah dan diperkirakan meningkat mengingat semakin terbatasnya anggota keluarga mengolah makanan sendiri, disamping karena faktor lain seperti karena makanan jajanan itu praktis, murah serta cita rasa yang lebih menarik, dan juga karena jajan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kehidupan masyarakat itu sendiri (Judarwanto, 2008). Peningkatan kebiasaan jajan makanan ringan terdapat hubungan dengan kejadian obesitas anak usia sekolah (Jahns, Siega-Riz, & Popkin, 2001 dalam Allender & Spradley, 2005).

Jajanan juga dapat menyebabkan keracunan selain masalah gizi. Penelitian oleh BPOM (2010) menunjukkan 45% dari 2.984 sampel jajanan anak sekolah yang diuji mengandung bahan berbahaya. Data Kejadian Luar Biasa (KLB) keracunan pangan BPOM menunjukkan setiap tahun selalu terjadi keracunan di sekolah dengan anak SD menjadi kelompok yang paling sering mengalami keracunan (<http://nasional.tvone.co.id/berita>). Survey tersebut menimbulkan dilema dengan survei BPOM tahun 2008 yang menjelaskan tentang panganan jajanan berkontribusi terhadap pemenuhan kebutuhan energi sebesar 31% dan protein sebesar 27,4%, serta sekitar 78% anak jajan di sekolah (Suara Media, 2011). Kesimpulan yang dapat ditarik berdasarkan perilaku makan dan kebiasaan jajan anak usia sekolah yaitu dapat berisiko mengalami masalah gizi. Masalah gizi dapat mengganggu perkembangan kognitif anak.

Perkembangan kognitif pada anak yang memasuki usia sekolah mulai mampu menghubungkan serangkaian kejadian yang dapat diungkapkan secara verbal maupun simbolik. Pemahaman mengenai hubungan antara sesuatu hal dan ide dapat dikembangkan. Anak mengalami kemajuan dari membuat penilaian apa yang mereka lihat (*perceptual thinking*) sampai membuat penilaian berdasarkan alasan anak (*conceptual thinking*). Usia ini mulai menggunakan proses pikir logis dengan materi yang konkrit.

Kemampuan anak meningkat dalam menggunakan simbol-simbol, keterampilan mengklasifikasi, kemampuan membaca dan menguasai konsep *konservasi* atau memutarbalikkan angka (Hockenbery & Wilson, 2009). Perkembangan kognitif termasuk intelektual anak dapat berkembang secara optimal dengan pemenuhan gizi seimbang. Tidak terpenuhi gizi atau perilaku gizi yang salah dapat menyebabkan masalah gizi yang akan berdampak pada perkembangan kognitif anak (Grodner, Long, & Walkingshaw, 2007).

Masalah gizi dapat dicegah pada anak usia sekolah dengan cara, antara lain promosi kesehatan di sekolah melalui pendidikan kesehatan tentang gizi (WHO, 1998).

a. Promosi Kesehatan

Perubahan perilaku kesehatan individu, kelompok atau masyarakat dilakukan dengan pendekatan promosi kesehatan. Promosi kesehatan diartikan sebagai perilaku yang dimotivasi oleh hasrat untuk meningkatkan kesejahteraan dan mengaktualisasikan potensial kesehatan manusia. Tujuan motivasi untuk mencegah penyakit, mendeteksi penyakit lebih awal dan menjaga fungsi tubuh dari penyakit (Pender, Murdaugh dan Parson, 2006 dalam Allender, Recto, & Warner, 2010). Seperti halnya pada anak usia sekolah, promosi makanan bergizi dan kebiasaan diet merupakan kunci utama mempertahankan kesehatan anak. Kualitas gizi mempunyai pengaruh kuat terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak serta berperan dalam pencegahan penyakit (Stanhope & Lancaster, 2004).

Promosi kesehatan dapat juga didefinisikan sebagai ilmu dan seni dalam membantu merubah gaya hidup orang-orang sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal. Promosi kesehatan melebihi pemberian informasi, juga proaktif dalam membuat keputusan untuk kesehatan di semua tingkat masyarakat. Promosi kesehatan merupakan metode yang terbaik dalam keterbatasan atau biaya rendah akibat meningkatnya biaya perawatan kesehatan dengan cara memberdayakan

masyarakat yang respon terhadap kesehatan sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan (Edelman & Mandle, 2010).

Promosi kesehatan berfokus pada langkah-langkah positif seperti pendidikan untuk hidup sehat supaya berperilaku positif, promosi lingkungan sehat serta pemeriksaan secara berkala misalnya penilaian perkembangan anak dan pendidikan kesehatan tentang aturan makanan seimbang dan olahraga. Promosi kesehatan mengarahkan perilaku untuk mencapai tingkat kesehatan maksimal. Strategi untuk meningkatkan kesejahteraan sering difokuskan pada membantu klien dalam praktik baru untuk perilaku sehat atau merubah perilaku tidak sehat (Stanhope & Lancaster, 2004). Salah satu *setting* promosi kesehatan adalah sekolah.

b. Kesehatan sekolah (*school health*)

Promosi kesehatan di sekolah merupakan hal yang tepat karena dua pertiga anak usia sekolah adalah anak sekolah (Depkes, 2007). Anak usia sekolah merupakan usia yang tepat untuk fokus program pendidikan kesehatan sehingga dapat bertanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri. Program promosi kesehatan di sekolah sebaiknya diintegrasikan program instruksional sekolah (Pender, Murdaugh, & Parson, 2006). Sekolah juga sebagai bagian integral dari masyarakat sehingga sistem sekolah memiliki tanggung jawab untuk menyediakan lingkungan sekolah yang sehat dan program pendidikan kesehatan yang komprehensif (Edelman & Mandle, 2010). Program kesehatan sekolah di Amerika berkoordinasi dengan *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* dengan kegiatan meliputi: pendidikan kesehatan, pendidikan jasmani, pelayanan kesehatan, pelayanan gizi, konseling, lingkungan sekolah sehat, promosi kesehatan terhadap staf sekolah, dan keterlibatan keluarga atau masyarakat (Stanhope & Lancaster, 2004).

Salah satu fokus dari promosi kesehatan di sekolah adalah perilaku yang berisiko terhadap penurunan status kesehatan yaitu kebiasaan

makan yang buruk (Maurer & Smith, 2005). Perilaku makan anak usia sekolah yang buruk dapat diperbaiki dengan melakukan pendidikan kesehatan tentang gizi di sekolah. Pendidikan gizi sebaiknya dimasukkan ke dalam kurikulum sekolah (Edelman & Mandle, 2010). Selain pendidikan gizi, sekolah juga dapat menyediakan makanan sehat yang bervariasi dan harga terjangkau, serta dapat mengidentifikasi anak usia sekolah yang mengalami masalah gizi. Penyeleksian terhadap jajanan yang dijual melalui kendaraan bermotor (*vending machines*), warung sekolah, kafe khusus makanan ringan, atau kafe-kafe lain yang berjualan di lingkungan sekolah. Para profesional kesehatan, gizi, organisasi pendidikan, berupaya meningkatkan perbaikan gizi makanan yang berdampak pada status kesehatan anak (Maurer & Smith, 2005).

c. Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)

Bentuk promosi kesehatan di sekolah di Indonesia adalah Usaha Kesehatan Sekolah (Notoatmojo, 2010). Tujuan umum UKS adalah meningkatkan kemampuan hidup sehat dan derajat kesehatan peserta didik serta menciptakan lingkungan sekolah yang sehat sehingga tercapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal dalam upaya membentuk manusia Indonesia yang berkualitas. Tujuan khusus meliputi: meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan hidup sehat peserta didik; memandirikan peserta didik untuk berperilaku hidup bersih dan sehat seperti tidak merokok, melakukan aktivitas fisik dan makanan gizi seimbang; meningkatkan peran peserta didik dalam usaha peningkatan kesehatan di sekolah, di rumah tangga dan di lingkungan masyarakat; meningkatkan keterampilan keterampilan hidup sehat peserta didik (Depkes, 2007).

Kegiatan UKS meliputi pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan kehidupan sekolah sehat. Ruang lingkup kegiatan UKS dikenal dengan istilah TRIAS UKS. Pendidikan kesehatan dilaksanakan melalui kegiatan kurikuler dan ekstrakurikuler.

Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara menyeluruh dengan mengutamakan kegiatan promotif dan preventif serta didukung kegiatan kuratif dan rehabilitatif. Pembinaan lingkungan kehidupan sekolah sehat meliputi meningkatkan faktor pelindung (gedung, halaman, warung sekolah, keteladanan guru, menciptakan suasana dan hubungan yang akrab dan erat antara sesama warga sekolah dan masyarakat) dan memperkecil faktor risiko meliputi pagar pengaman, bangunan sekolah yang aman, kawasan bebas rokok, bebas pornografi, pengadaan kantin sekolah (Depkes, 2007).

Salah satu program UKS adalah program gizi. Pendidikan kesehatan tentang gizi meliputi mengenal berbagai makanan bergizi, nilai gizi pada makanan, memilih makanan yang bergizi, kebersihan makanan dan penyakit-penyakit akibat kekurangan atau kelebihan gizi. Pendidikan kesehatan melibatkan siswa, guru, tata usaha, petugas kantin dan lain-lain. Pemeliharaan dan pelayanan kesehatan meliputi pemeriksaan kesehatan tentang status gizi secara berkala, usaha perbaikan gizi, mengenal kelainan-kelainan yang mempengaruhi pertumbuhan jasmani melalui penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan. Menciptakan lingkungan sekolah yang sehat misalnya tersedia kantin atau warung sekolah yang memenuhi standar kesehatan (Notoatmojo, 2010).

Pendidikan gizi merupakan program utama terhadap perbaikan gizi. Pendidikan gizi yang diberikan adalah memberi pengetahuan tentang gizi yang disesuaikan dengan prinsip gizi seimbang, dapat diaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari sehingga dapat meningkatkan status kesehatan anak (Kurniasih dkk, 2010). Allender, Rector, dan Warner (2010) juga mendukung bahwa pendidikan gizi dan pemantauan berat badan adalah hal yang sangat penting dari pelayanan promosi kesehatan. Anak perlu belajar untuk membiasakan makan yang sehat lebih dini dan dapat dipertahankan sepanjang masa.

WHO (2009) sebagai organisasi kesehatan dunia menegaskan bahwa salah satu pendekatan yang dilakukan strategi gizi tahun 2010-2019 adalah memasukkan pendidikan gizi ke dalam kurikulum sekolah. Terdapat empat komponen yang harus tersedia pada semua sekolah yang mendukung kesehatan berbasis sekolah dan program gizi sukses yaitu a) adanya kebijakan sekolah berhubungan dengan kesehatan; b) sanitasi dan air aman; c) pendidikan kesehatan sebagai dasar utama; d) terjangkau pelayanan kesehatan dan gizi (UNICEF, 2005).

2.2 Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Anak Usia Sekolah

Hitchcock, Schubert, dan Thomas (1999) menyatakan bahwa salah satu teori model yang digunakan dalam keperawatan komunitas untuk melihat faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang adalah teori model *PRECEDE-PROCEED* oleh Green dan Kreuter. Model ini memungkinkan perawat komunitas dalam menentukan kebutuhan populasi sebelum melakukan implementasi program.

2.2.1 Teori model *PRECEDE-PROCEED*

Model *PRECEDE-PROCEED* oleh Green dan Kreuter (2005) terdapat tiga faktor yang dapat digunakan dalam menginvestigasi perilaku yang berkontribusi terhadap status kesehatan yaitu:

a. Faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Faktor predisposisi adalah faktor yang mendukung atau mempermudah terjadi perilaku seseorang, antara lain pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai dan persepsi terhadap sesuatu yang dapat memfasilitasi atau menghalangi perubahan. Hal ini didukung oleh penelitian Choi *et al* (2008) yang melaporkan bahwa semakin tinggi pengetahuan dan sikap anak terhadap gizi maka semakin baik perilaku makan (*dietary*) pada anak SD kelas 4,5 dan 6 di Seoul, $p < 0,05$

b. Faktor pemungkin (*enabling factor*)

Faktor pemungkin adalah faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku. Contoh faktor pemungkin antara lain

keterampilan baru dan sumber daya seperti program, pelayanan, dan finansial yang adekuat, ketersediaan sumber/fasilitas, keterjangkauan. Penelitian Suci (2009) pada 361 siswa SD di Jakarta menunjukkan 90% anak jajan karena mendapat uang saku dari orang tua. Hal ini berarti, dengan adanya finansial yang adekuat sehingga anak cenderung mempunyai perilaku jajan yang tinggi.

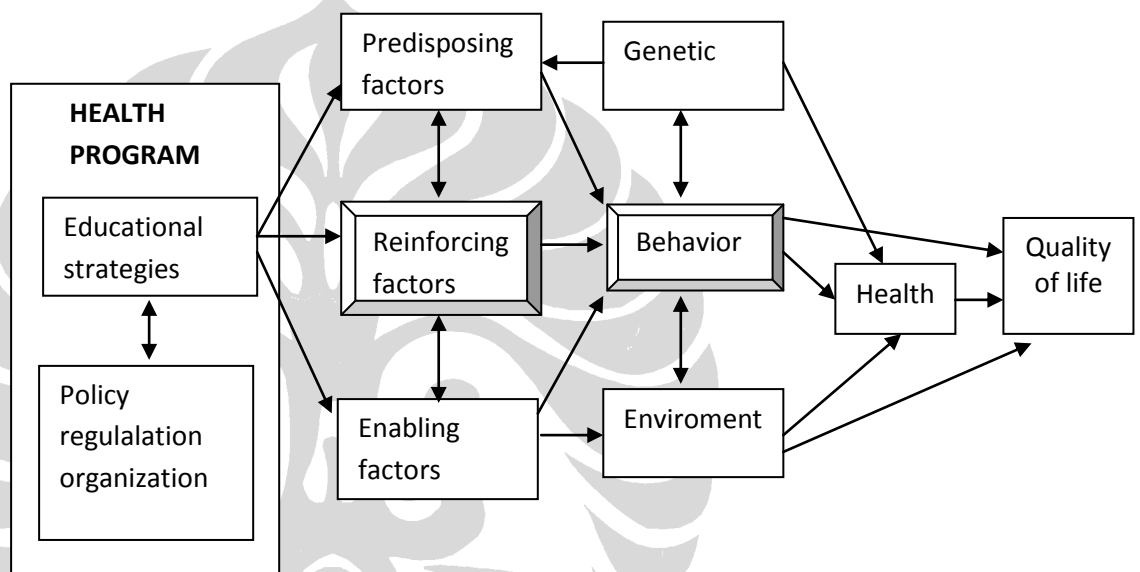
c. Faktor penguat (*reinforcing factor*)

Faktor penguat adalah faktor yang memperkuat terjadinya perilaku pada seseorang. Sikap atau perilaku dari luar seperti dukungan sosial, pengaruh keluarga, teman sebaya, dan lain-lain merupakan faktor penguat terjadi perilaku seseorang. Faktor penguat mempunyai konsekuensi positif dan negatif terhadap tindakan, melanjutkan atau menghentikan perilaku tersebut, tergantung sumber pemberi motivasi. Penelitian Choi *et al* (2008) menunjukkan semakin tinggi tingkat pendidikan ayah dan ibu (pengaruh keluarga) semakin baik sikap dan perilaku makan anak SD di Seoul, $\rho < 0,05$.

Kesimpulan Teori model *PRECEDE-PROCEED* dapat dilihat pada skema 2.1, sebagai berikut:

Phase 4	Phase 3	Phase 2	Phase 1
Administrative & Policy & inter-vention alligment	Educational & ecological assesment	epidemiological assesment	Social assesment

← *Precede evaluation tasks: specifying measurable objektives and baselines*



→ *Proceed evaluation tasks: Monitoring & continuous Quality Improvement*

Phase 5	Phase 6	Phase 7	Phase 8
Implementation	Process Evaluation	Impact evaluation	Outcome evaluation

2.1 Skema Teori Model PRECEDE-PROCEED

Aplikasi model *PRECEDE-PROCEED* penelitian Bush *et al* (1989, dalam Green dan Kreuter, 2005) “*the know your body program*” terhadap pencegahan faktor risiko penyakit kardiovaskuler pada anak sekolah kulit hitam kelas dua sampai dengan kelas enam dengan faktor penguat adalah pengaruh keluarga, teman sebaya, media massa dan guru. Beberapa pendapat sebelumnya menyatakan bahwa keluarga, guru, teman sebaya, dan media massa berperan dalam pembentukan perilaku gizi anak. Peran adalah kumpulan perilaku yang secara relatif homogen dan dibatasi norma-norma yang diharapkan dari seseorang yang menempati status sosial atau posisi tertentu. Peran keluarga, guru, teman sebaya, dan media massa akan dijelaskan selanjutnya.

2.2.2 Keluarga

Keluarga merupakan unit dasar dalam masyarakat dan merupakan lembaga sosial yang memiliki pengaruh paling besar terhadap anggotanya. Keluarga berpengaruh terhadap perkembangan anggota keluarga yang dapat menjadi penentu keberhasilan atau kegagalan dari anggota keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Hal tersebut terjadi karena keluarga yang terdiri dari dua atau lebih individu yang saling ketergantungan antara satu dengan yang lain melalui dukungan emosional, fisik dan ekonomi (Kaakinen *et al* 2010). Lebih lanjut menurut Friedman (2003) keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan anggotanya, memberikan asuhan fisik, emosional dan mengarahkan pembentukan kepribadian.

Keluarga merupakan sumber daya penting dalam pemberian pelayanan kesehatan. Dengan demikian, keluarga mempunyai peran yang penting dalam setiap aspek pelayanan kesehatan anggota keluarga, mulai dari tahap promosi kesehatan sampai tahap rehabilitasi. Tahap tersebut disebut juga sebagai tahap sehat atau sakit dan interaksi keluarga yaitu: a) Tahap upaya keluarga dalam promosi kesehatan. Promosi kesehatan dimulai di keluarga. Semua bentuk promosi kesehatan dan penurunan risiko merupakan peran yang penting dari keluarga. Beberapa bentuk promosi kesehatan, pencegahan dan penurunan risiko antara lain berolah raga

secara teratur, makan makanan yang lebih bergizi, menghentikan merokok, imunisasi, dan lain-lain; b) Tahap penilaian keluarga terhadap gejala; c) Tahap mencari perawatan; d) Tahap merujuk dan mendapatkan perawatan; e) Tahap respons akut klien dan keluarga terhadap penyakit; f) Tahap adaptasi terhadap penyakit dan pemulihan (Doherty, 1992; Suchman, 1956; dan Campbell, 2000 dalam Friedman, Bowden dan Jones, 2003).

Depkes (2006) menyatakan terdapat lima kemampuan tugas keluarga di bidang kesehatan yaitu kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan. Lima tugas keluarga tersebut disesuaikan dengan kemampuan keluarga terhadap prinsip gizi seimbang. Notoatmojo (2010) juga menyatakan bahwa peran keluarga atau orang tua dalam promosi kesehatan di sekolah adalah ikut serta dalam penyelenggaraan promosi kesehatan di sekolah dan mendorong anak untuk mempraktikkan kebiasaan hidup sehat serta berusaha untuk mengetahui dan mempelajari hasil yang diperoleh anak di sekolah. Keluarga atau orang tua juga dapat bekerja sama dengan guru tentang penyediaan makanan sehat di sekolah atau di masyarakat (WHO, 1998).

Keluarga juga dianggap sebagai faktor penting dalam melaksanakan dan mendukung perilaku kesehatan bagi anggota keluarga dan masyarakat (Gochman, 1988). Pernyataan Komite Nutrisi (1998) tentang peringatan pada orangtua bahwa mereka (para orangtua) adalah pengajar bagi anak-anak sepanjang masa sebagai strategi untuk mencegah sakit dan promosi kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2004). Peneliti lain mengatakan bahwa orang tua lebih berpengaruh dibanding orang lain dalam membentuk pikiran, perasaan dan perilaku anak, meskipun orang tua bukan satu-satunya yang memainkan peran penting. Idealnya, semua yang bisa mempengaruhi anak dapat bekerja sama dengan orang tua untuk mempromosikan perkembangan kesehatan anak-anak muda (Stacey, bangunan kuat keluarga: pandangan para peneliti, <http://74.6.117>). Selain

itu, tugas keluarga pada tahap perkembangan anak usia sekolah adalah tugas perkembangan sensasi industri dan berupaya menghilangkan sensasi inferioritas atau rendah diri (Friedman, Bowden & Jones, 2000).

Salah satu tugas keluarga dalam praktik keperawatan adalah praktik diet keluarga. Praktik diet keluarga yang buruk dapat menyebabkan obesitas yang merupakan contoh utama akibat gaya hidup yang tidak sehat. Tugas keluarga dalam praktik diet adalah menyediakan jenis dan jumlah makanan bagi anggota keluarga, mendorong semua anggota keluarga untuk menyimpan catatan makanan tiga hari yang bermanfaat dalam mengkaji kualitas dan kebutuhan gizi keluarga. Makanan yang disediakan mengikuti piramida pedoman makanan Amerika Serikat (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Pedoman gizi yang digunakan di Indonesia adalah pedoman umum gizi seimbang (Depkes, 2005), kemudian direvisi dengan model Tumpeng Gizi Seimbang (TGS) dengan empat prinsip dasar gizi seimbang (Kurniasih dkk, 2010).

Praktik diet keluarga berperan dalam perkembangan pola makan anak. Terdapat keterkaitan antara makanan yang dikonsumsi keluarga dengan zat gizi yang dikonsumsi anak (Oliveria *et al* 1992). Hasil penelitian Tibbs *et al* (2001) juga mendukung bahwa makanan keluarga mempunyai pengaruh positif terhadap kualitas makanan anak. Keluarga yang sering mengkonsumsi buah-buahan, sayuran, produk susu dan makanan bergizi lain membuat anak juga sering mengkonsumsi makanan bergizi tersebut. Penelitian kualitatif oleh Shepherd *et al* (2001) melaporkan bahwa meskipun keluarga makan makanan bergizi di rumah tetapi anak tidak selalu menyukainya. Hal ini berarti makanan dalam keluarga tidak selalu menunjukkan kualitas pola makan anak. Lowe *et al* (2004) menyatakan bahwa perilaku makan anak ditentukan oleh rasa makanan, paparan, *modelling*, dan penghargaan.

Wardle *et al* (2003) menyatakan bahwa rasa makanan yang sesuai selera, rasa yang bervariasi dapat meningkatkan pilihan atau mengkonsumsi makanan tersebut. Beberapa penelitian sukses meningkatkan anak

mengonsumsi makanan sehat karena dibuat variasi makanan (Baer *et al* 1987); perilaku makan anak dapat ditentukan oleh pilihan atau kegemaran pada makanan tersebut (Drewnoski, Henderson, & Levine, 1992); termasuk yang enak rasanya (Lytle *et al* 1997); rasa dan selera merupakan cara yang efektif untuk meningkatkan konsumsi buah dan sayuran sehingga menjamin anak akan mencicipi berkali-kali (Lowe *et al* 2004).

Cara lain yang dilakukan keluarga untuk meningkatkan perilaku anak dalam mengonsumsi buah dan sayuran adalah dengan memberi pujian atau penghargaan (*reward*). Penghargaan merupakan salah satu cara efektif untuk merubah perilaku anak termasuk perilaku makan. Cameron, Banko, dan Peirce (2001) menyatakan bahwa penghargaan diinginkan dan menyenangkan bagi anak.

Penelitian Lowe *et al* (2004) juga membuktikan bahwa dengan penghargaan yang diberikan pada anak, meningkatkan anak dalam mengonsumsi buah dan sayur. Penelitian quasi eksperimen dilakukan di tiga SD di Inggris sebanyak 402 murid usia empat sampai 11 tahun. Intervensi yang diberikan berupa *peer modelling video* enam episode selama 16 hari. Cerita dalam video tersebut diperankan oleh dua anak wanita dan dua anak laki-laki sebagai pahlawan "*food dudes*" yang berjuang melawan penjahat "*junk punks*". *Food dudes* mempersenjatai diri mereka dengan makan berbagai macam buah dan sayuran. Mereka bernyanyi dan berpidato bahwa kalau ingin menguasai dunia, harus melakukan hal yang sama yaitu makan buah dan sayuran, serta barang siapa yang konsisten akan diberi hadiah berupa stiker, pensil, pulpen, penghapus dan tempat pensil oleh *food dude* melalui guru dan orang tua. Hasil menunjukkan terjadi peningkatan yang bermakna dalam mengonsumsi buah dan sayuran pada tiga SD (kelompok intervensi) dengan $p < 0.001$).

Beberapa penelitian menentang tentang penghargaan yang mempengaruhi perbaikan perilaku anak termasuk perilaku makan. Hal ini dianggap dapat menurunkan motivasi untuk perubahan perilaku yang lain (Deci, Koestner,

& Ryan, 1999). Newman dan Taylor (1992) juga mengatakan bahwa penghargaan yang diberikan pada anak supaya mengkonsumsi makanan tertentu dapat menurunkan pilihan terhadap makanan lain (Newman & Taylor, 1992).

Hal yang masih terkait pola makan anak dengan makanan keluarga adalah paparan dan ketersediaan makanan. Penelitian Taylor, Evers, dan McKenna (2004) dengan mengumpulkan hasil penelitian yang terkait determinan perilaku makan anak yang dipublikasikan dari Januari 1992 sampai dengan Maret 2003 di Kanada menyimpulkan antara lain yaitu semakin sering anak terpapar dan tersedia makanan yang sehat maka menyebabkan pola makan anak juga sehat. Sebagai contoh yang dilaporkan Capaldi (1996), Birch, (1999), Reinolds *et al*, (2000) bahwa paparan dan ketersediaan buah-buahan dan sayuran yang rendah menyebabkan anak kurang menyukai rasa buah dan sayuran.

Orangtua mendorong, terlibat dan memberi contoh anak untuk makan makanan yang bergizi (Moore, 2009). Orangtua masih memegang peranan penting sebagai model bagi anak-anaknya dalam hal perilaku makan yang sehat (Sulistyoningsih, 2011). Perilaku makan anak mengikuti perilaku makan orang tua atau sebagai *modelling* (Nicklas *et al*, 2001; Shepherd *et al*, 2001). Penelitian Field *et al* (2001) dengan desain prospektif kohort selama satu tahun (1996-1997), jumlah responden sebanyak 6770 anak perempuan dan 5287 anak laki-laki, umur antara 9-14 tahun. Hasil penelitian menyimpulkan bahwa responden lebih memilih mencontoh orangtua daripada teman sebaya dalam upaya menurunkan berat badan dan diet (OR: 2,6 ; CI 95%).

Penelitian Oliveria *et al*, (1992) menyatakan bahwa ibu yang mempunyai hubungan kuat sebagai model bagi perilaku makan anak dibanding ayah. Hal ini juga didukung oleh Neumark *et al* (2003) bahwa ibu lebih termotivasi untuk merubah perilaku makan anak-anak mereka dan mempunyai pengetahuan yang lebih luas tentang zat-zat gizi dalam makanan dibanding ayah. Hal ini relatif lebih berhasil untuk merubah

perilaku makan anak-anak mereka. Ibu cenderung lebih berpengaruh daripada ayah dalam mengambil keputusan atau membawa aspirasi anak-anaknya (Jefrey, Maria & Susan, 2004)

Orangtua menetapkan aturan untuk makan bersama-sama, jika semua memungkinkan, minimal satu kali dalam sehari. Aturan tersebut bukan hanya untuk interaksi keluarga tetapi lebih memudahkan untuk mengontrol jumlah natrium, gula, lemak tidak sehat dan kolesterol dalam makanan keluarga (Moore, 2009). Selain terhadap orang tua, anak-anak juga tergantung pada orang dewasa yang mengendalikan penyediaan makanan termasuk kuantitas dan kualitas makanan. Anak-anak dipengaruhi oleh model perilaku orang dewasa (Grodner, Long, & Walkingshaw, 2007).

Kemampuan keluarga menyediakan makanan yang bergizi dapat dipengaruhi oleh status sosial ekonomi keluarga. Keluarga minoritas dan pendapatan rendah berisiko mempunyai gizi yang kurang baik, kemiskinan berkontribusi dalam kurang mengkonsumsi makanan yang bergizi (Stanhope & Lancaster, 2004). Variabel ekonomi cukup dominan mempengaruhi konsumsi pangan yaitu pendapatan dan harga. Meningkatnya pendapatan keluarga akan meningkatkan peluang untuk membeli pangan dengan kuantitas dan kualitas yang lebih baik (Sulistyoningsih, 2011).

Hasil penelitian tentang hubungan status ekonomi keluarga dengan pola makan sehat anak: harga makanan merupakan pertimbangan yang paling penting dalam pemilihan makanan ketika pendapatan atau penghasilan terbatas (Basiotis, Kramer, Kenedi, 1998); sering membeli makanan yang tinggi lemak dan tinggi gula karena harga murah sehingga meningkatkan konsumsi terhadap makanan tersebut (French, 2003).

Sebaliknya, pendapatan keluarga yang tinggi tetapi tidak diimbangi pengetahuan yang cukup, akan menyebabkan seseorang menjadi sangat konsumtif dalam pola makan sehari-hari. Hal ini terkait dengan pendidikan keluarga. Pendidikan biasanya dikaitkan dengan pengetahuan, akan

berpengaruh terhadap pemilihan bahan makanan dan pemenuhan kebutuhan gizi (Sulistyoningsih, 2011). Sejalan dengan Pelto dan Backstrand (2003) yang menyatakan bahwa status pendidikan orang tua yang rendah berhubungan dengan kualitas makanan yang rendah termasuk makanan tinggi lemak dan rendah zat gizi mikro pada anak. Penelitian Choi *et al* (2008) mendapatkan kesimpulan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan ayah dan ibu, semakin tinggi sikap dan perilaku *dietary* anak dengan nilai $\rho < 0.05$.

Peran keluarga dapat disimpulkan adalah sebagai promosi kesehatan tentang gizi yang seimbang, menyediakan makanan bergizi sesuai kemampuan keluarga, menjadi *role model* yang baik bagi anggota keluarga, berkolaborasi dengan pihak sekolah terkait promosi kesehatan. Informasi dan penyediaan makanan mengacu pada TGS. Peran keluarga dikontrol oleh tingkat pengetahuan tentang gizi, tingkat pendidikan, pekerjaan dan penghasilan.

2.2.3 Guru

Peran guru dalam pengertian pendidikan yang luas adalah sebagai: a) Konservator (pemelihara) sistem nilai; b) Inovator (pengembang) sistem nilai ilmu pengetahuan; c) Transmitor (penerus) sistem-sistem nilai tersebut kepada peserta didik; d) Transformator (penterjemah) sistem-sistem nilai tersebut melalui penjelmaan dalam pribadinya dan perilakunya, dalam proses interaksi dengan sasaran didik; e) Organisator (penyelenggara) terciptanya proses edukatif yang dapat dipertanggungjawabkan, baik secara formal (kepada pihak yang mengangkat dan menugaskannya) maupun secara moral kepada sasaran didik, serta Tuhan yang menciptakannya (Syamsuddin, 2003).

Mike, David, dan Jon (1997) menyatakan bahwa guru mempunyai tanggung jawab yang besar pada siswa di dalam kelas. Guru membawa pengaruh pada perilaku positif dan negatif terhadap siswa-siswanya. Guru merupakan orang tua kedua karena siswa banyak waktu berinteraksi dengan guru. Guru berperan dalam kesuksesan siswa. Sikap guru

mempunyai pengaruh positif atau negatif pada siswa dalam jangka waktu yang lama. Kesimpulan dapat ditarik bahwa guru dapat mempengaruhi perilaku siswa termasuk melakukan promosi kesehatan.

Guru merupakan unsur yang penting dalam pelaksanaan promosi kesehatan di sekolah. Hal-hal yang tepat dilakukan guru berhubungan dengan promosi kesehatan antara lain: a) melaksanakan pendidikan kesehatan kepada siswa-siswa, baik melalui mata ajar yang disesuaikan dengan kurikulum maupun dirancang khusus untuk penyuluhan kesehatan; b) memonitor pertumbuhan dan perkembangan siswa melalui penimbangan berat badan secara berkala ataupun rutin setiap bulan; c) mengawasi adanya kelainan fisik atau non fisik yang mungkin terdapat pada siswa (Notoatmojo, 2010).

WHO (1998) menyatakan peran guru sangat penting dalam promosi kesehatan tentang gizi yang sehat di sekolah. Guru berperan sebagai mentors dalam memberikan pendidikan kesehatan tentang gizi di kelas dan sebagai *role model*. Guru mendorong para pelajar untuk mengikuti cara hidup sehat yang ditunjukkan melalui perilaku makan yang sehat sesuai pedoman "*food pyramid*". Hal ini juga didukung oleh wakil Menteri Pendidikan Nasional dalam pidato Hari Gizi Nasional 2011 yang mengatakan bahwa guru berperan dalam menginformasikan pengetahuan tentang gizi seimbang di sekolah (Media Indonesia, 2011). Guru juga melakukan kolaborasi dengan orang tua atau keluarga anak untuk membahas tentang perilaku sehat (gizi) anak antara di rumah dan di sekolah. Guru bekerja sama dengan orang tua dalam penyediaan makanan sehat di sekolah atau di masyarakat (WHO, 1998).

Guru dapat juga mengimplementasikan pemberian makanan ringan yang sehat di kelas termasuk lebih banyak berupa buah-buahan dan sayuran. Hal itu berupa kebijakan untuk mempromosikan makanan sehat sesuai TGS untuk anak dan semua staff sekolah. Selain promosi makanan sehat dan cara memilih makanan sehat, juga aktifitas fisik atau olah raga secara teratur (www.cdc.gov/healthy_youth/keystrategies/index.htm). Penelitian

kualitatif oleh Power *et al* (2008) terhadap 12 remaja awal menyatakan bahwa salah satu cara untuk berperilaku sehat adalah para pelajar dikenalkan beberapa makanan sehat di lingkungan sekolah. Pender, Murdaugh dan Parson (2002) juga mendukung bahwa guru dan staff sekolah dapat meningkatkan lingkungan sehat dan mengembangkan perilaku sehat seperti makan makanan yang bergizi seimbang di sekolah dan aktifitas fisik yang teratur serta menghindari perilaku negatif seperti penyalahgunaan zat dan kekerasan.

Guru dan petugas kesehatan sekolah perlu mengatur harapan yang normatif untuk perilaku kesehatan dan bersedia menjadi *role model* peningkatan gaya hidup sehat. Guru perlu memperoleh pelatihan-pelatihan kesehatan dari petugas kesehatan untuk memaksimalkan peran sebagai *role model* dan peran terkait UKS (Notoatmojo, 2010). Pelatihan guru tidak selalu dapat menunjukkan kemampuan guru dalam menjalankan peran sebagai pelaksana promosi kesehatan di sekolah. Quattrin *et al* (2005) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan bermakna peran guru yang telah diberikan pelatihan dengan pengelolaan makanan anak usia sekolah yang bergizi dan aman di sekolah. Hal ini menunjukkan peran guru belum optimal terhadap pengelolaan makanan sehat di sekolah.

Peran guru dalam membentuk sikap anak terhadap jenis makanan dan pola makan dapat dilakukan melalui pembelajaran di kelas. Pendidikan kesehatan tentang makanan bergizi serta tersedianya makanan bergizi di kafetaria sekolah (Sulistyoningsih, 2011). Pengaruh dari lingkungan rumah dalam pemilihan makanan pada anak usia sekolah menurun, sebaliknya guru mulai memberi pengaruh selama anak di sekolah (Moore, 2009). Oleh karena itu, keluarga melakukan kerjasama dengan guru dalam berbagi peran untuk mensosialisasikan perilaku sehat anak usia sekolah di sekolah (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Cleland, Worsley, dan Crawford (2004) melaporkan hasil penelitian terhadap pendapat 41 guru SD tentang peran kantin sekolah yaitu 77,5% mengatakan sangat penting kantin sekolah sebagai promosi kesehatan

makanan, 60% mengatakan sangat penting dan 37,5% penting diperkuat dengan pendidikan gizi, 72,5% sangat penting dan 27,5% penting untuk kegiatan sebagai *role model*. Kesimpulan dapat ditarik bahwa guru mempunyai peran penting melakukan promosi makanan sehat, pendidikan gizi dan sebagai *role model* dalam berperilaku gizi melalui kantin sekolah.

Peran guru dapat disimpulkan yaitu memberi pendidikan kesehatan tentang gizi, menciptakan lingkungan sekolah sehat terkait gizi, pelayanan kesehatan sekolah, menjadi *role model* dalam perilaku gizi. Peran guru mengacu dari TRIAS UKS dan TGS.

2.2.4 Teman sebaya

Teman sebaya diasumsikan sebagai setiap orang muda yang mempunyai usia sama. Definisi lain tentang kelompok sebaya adalah kelompok dengan berbagai karakteristik yang sama termasuk umur, jenis kelamin, etnis, budaya, tempat tinggal atau mempunyai pengalaman yang sama (Shinner, 1999 dalam Mc Donald *et al*, 2003). Hubungan paling kuat yang berkembang di luar keluarga anak usia sekolah adalah teman sebaya, baik yang ada di lingkungan tempat tinggal atau di sekolah. Tindakan kelompok teman adalah sebuah sistem sosial baru yang membuat pengaruh pada kehidupan anak. Semua anak masih terus dipengaruhi secara bermakna oleh keluarga, budaya keluarga dan beberapa faktor lingkungan. Namun, kelompok sebaya mulai berpengaruh pada gaya hidup, kebiasaan, dan gaya bicara serta standar bentuk perilaku dan penampilan. Standar-standar dari kelompok sebaya menjadi sangat penting dan anak berusaha untuk menyesuaikan peraturan. Diterima oleh kelompok sebaya menjadi lebih penting dibanding diterima oleh yang lain. Penyesuaian untuk ditekan atau diatur dari teman sebaya menjadi sebuah persoalan/issu, terutama ketika campur tangan orang tua yang mempunyai harapan-harapan tertentu (Edelman & Mandle, 2010) .

Beberapa teori tentang peran teman sebaya, antara lain: hubungan teman sebaya dan aktivitas di luar rumah semakin memainkan peranan penting terhadap kehidupan anak usia sekolah (Friedman, Bowden & Jones, 2000);

teman sebaya merupakan salah satu faktor eksternal yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan anak (Gochman, 1988). Teman sebaya di sekolah dapat membentuk pola makan anak (Sulistyoningsih, 2011). Penelitian Hayati (2009) mengungkapkan fakta bahwa edukasi oleh teman sebaya dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan tentang jajan sehat pada anak usia sekolah kelas empat dan lima SD Lhokseumawe Aceh dengan $\rho < 0,000$.

Briggs, Safaii, dan Beall (2003) juga mengatakan bahwa perilaku makan anak usia sekolah dapat dipengaruhi oleh *peer modelling*. WHO (1998) juga mendukung bahwa teman sebaya dapat diberdayakan untuk mempengaruhi anak usia sekolah dengan cara mensosialisasikan kebiasaan makan yang sehat. Penelitian Lowe *et al* (2004) menghasilkan peningkatan perilaku anak SD dalam mengkonsumsi buah-buahan dan sayuran melalui pendekatan *peer modelling videos* dengan $\rho < 0,00$. Sebaliknya, penelitian Cullen *et al*, (2000) pada beberapa pelajar dalam kelompok diskusi melaporkan bahwa teman sebaya memberi respon negatif untuk mengkonsumsi buah dan sayuran tetapi pelajar tersebut tidak terpengaruh.

Peran teman sebaya dapat disimpulkan yaitu sebagai motivator dalam membentuk perilaku makan anak yang sehat atau tidak sehat. Perilaku makan yang sehat berpedoman pada TGS.

2.2.5 Media massa

Media massa dapat dikelompokkan menjadi media cetak dan media non cetak (elektronik). Media cetak seperti surat kabar, majalah, tabloid. Media non cetak seperti radio, televisi, internet, film (Nanath, 2008). Media massa adalah media atau sarana komunikasi massa atau orang banyak (<http://id.wikipedia.org>).

Media massa sebagai proses penyampaian pesan, ide, atau informasi kepada orang lain dengan menggunakan sarana tertentu guna mempengaruhi atau merubah perilaku penerima pesan (Romli, 2010).

Media massa khususnya televisi cukup berpengaruh terhadap perilaku anak yang positif, tetapi beberapa hal yang bersifat negatif dapat membuat keluarga atau orang tua berpikir kritis untuk memilih tayangan yang baik ditonton untuk anak. Hal ini merupakan salah satu cara untuk menghindari isu sehingga dapat merekomendasikan pada anak tentang tontonan yang berkualitas (Mulbery, 2010).

Salah satu peran media massa adalah dapat mempengaruhi perilaku makan anak. Pemilihan makanan anak yang buruk dapat diakibatkan oleh tayangan atau iklan di televisi tentang jenis makanan ringan, *junk food*, atau *fast food*. Anak banyak mengonsumsi makanan yang diiklankan oleh televisi. Makanan tersebut mengandung tinggi garam, gula, lemak, kalori, minuman berkarbonat dan kurang buah atau sayur (Coon & Tucker, 2002 dalam Allender & Spradley, 2005; Power *et al* (2007 dalam Edelman & Mandle, 2010). Penelitian Wilson *et al* (1999, dalam McMurray, 2003) di Selandia Baru tentang kualitas nutrisi makanan yang ditayangkan televisi dan dihubungkan dengan perilaku makan anak, ditemukan makanan yang diiklankan mengandung tinggi lemak, protein, tanpa gula dan sodium, serta kekurangan serat dan mineral telah dikonsumsi oleh banyak anak. Makanan yang dipromosikan melalui iklan kurang memenuhi unsur gizi seimbang untuk pertumbuhan anak.

Media khususnya televisi berperan dalam membentuk perilaku makan anak. Menurut penelitian Scully *et al* (2007) menyimpulkan bahwa ada hubungan antara sering menonton televisi dengan rendahnya mengonsumsi buah-buahan dan lebih tinggi mengonsumsi makanan ringan tidak sehat, 18.486 siswa di Australia kecuali Australia Barat sebagai sampel ditemukan 80% kurang mengonsumsi sayur, 62% kurang mengonsumsi buah, 46% makan *fast food* minimal dua kali seminggu, 51% makan makanan ringan tidak sehat minimal empat kali seminggu, 44% minum minuman energi tinggi minimal empat kali seminggu.

Penelitian Dixon *et al* (2007) menunjukkan bahwa semakin sering menonton televisi semakin tinggi sikap positif terhadap *junk food*.

Terdapat hubungan antara menonton televisi yang berlebihan dengan perkembangan obesitas (Wadsworth & Thompson, 2005). Hal tersebut dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara media elektronik khususnya televisi dengan sikap, praktik dan status gizi anak, tetapi tidak dijelaskan tentang pengetahuan anak tentang gizi dan praktik gizi yang lain di Australia dan Canada. *Kaizer Family Foundation* (2007) mengungkapkan fakta bahwa anak yang menonton televisi lebih dari tiga jam sehari, 50% berisiko menjadi obesitas dibandingkan anak yang menonton televisi kurang dari tiga jam sehari.

Media elektronik dapat mempengaruhi perilaku makan anak yang tidak sehat. Namun, media cetak atau elektronik dapat merupakan media untuk promosi kesehatan (Notoatmojo, 2010) termasuk promosi gizi seimbang. Promosi dalam bentuk pendidikan kesehatan dapat merubah pengetahuan, sikap, praktik seseorang membentuk perilaku sehat termasuk perilaku gizi. Hal ini didukung oleh penelitian eksperimen yang dilakukan oleh Dixon *et al* (2007) menyatakan bahwa anak memiliki sikap, keyakinan positif dan pemilihan makanan sehat melalui iklan televisi setelah dilakukan seleksi promosi makanan bergizi dan mengurangi iklan *junk food*. Media khususnya televisi cukup berpengaruh terhadap anak perilaku makan anak. Selain televisi, majalah, surat kabar dan radio juga sebagai pasar iklan makanan. Periklanan merupakan pusat pemasaran pasokan makanan di Amerika Serikat (Story & French, 2004). Penelitian Field *et al* (2001) juga mendukung bahwa anak usia 9-14 tahun perhatian terhadap pentingnya pemantauan berat badan secara teratur melalui media massa (OR=2,7 ; CI 95%).

Pertemuan para peneliti, praktisi, dan pemerintah Amerika Serikat yang membahas tentang pengaruh lingkungan terhadap pemilihan makanan dan kebiasaan makan pada anak usia sekolah serta kekhawatiran terhadap iklan makanan yang dapat membahayakan perilaku makan anak, menjelaskan bahwa ada pengaruh yang bermakna antara pemilihan makanan oleh anak usia sekolah dengan cara yang dilakukan oleh pemasar makanan melalui

media massa termasuk televisi, majalah, dan media internet. Lebih lanjut dijelaskan bahwa anak usia sekolah lebih banyak menerima informasi tentang makanan, gizi dan kesehatan melalui media dibanding dari beberapa sumber lain yang digunakan. Beberapa pendidik kesehatan dan pembuat kebijakan memfokuskan pada aspek positif *advertising* untuk pendidikan kesehatan dan kesadaran mengkonsumsi produk sehat (Bordi *et al*, 2002).

Peran media massa dapat disimpulkan yaitu berperan dalam memberi informasi pada anak tentang makanan sehingga dapat membentuk perilaku makan anak yang sehat atau tidak sehat baik.

2.2.6 Peran Perawat Komunitas

Model *PRECEDE-PROCEED* dijadikan *frame work* dalam praktik keperawatan komunitas. Perawat komunitas dapat mengidentifikasi faktor determinan dari suatu masalah keperawatan (risiko, aktual ataupun potensial) sebelum melakukan suatu intervensi sesuai peran sebagai perawat komunitas. Beberapa peran utama perawat komunitas meliputi sebagai *clinician, advocate, collaborator, consultant, educator, researcher*, dan *case manager* (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999).

Helvie (1998) menjelaskan tentang peran perawat komunitas adalah melakukan prevensi primer, sekunder dan tersier baik pada individu, keluarga, *agregat* ataupun pada masyarakat. Perawat komunitas berperan penting dalam prevensi primer yaitu promosi kesehatan dan proteksi kesehatan. Promosi kesehatan termasuk pendidikan kesehatan tentang gizi yang disesuaikan dengan fase perkembangan kehidupan. Proteksi kesehatan meliputi kebersihan personal, makan nutrisi khusus, proteksi dari karsinogen. Prevensi sekunder meliputi diagnosis awal dan pengobatan. Penemuan kasus baru melalui *screening*, termasuk *screening* anak dengan masalah gizi (Depkes, 2007). Prevensi tersier terjadi pada tahap penyakit atau proses cedera yang bertujuan untuk mengurangi jumlah kecacatan atau kesakitan pada kelompok yang berisiko. Kegiatan prevensi tersier meliputi rehabilitasi (Helvie, 1998).

Perawat komunitas yang bekerja sebagai perawat sekolah (*school nurse*) mempunyai peluang utama dalam memberikan intervensi kesehatan pada anak-anak. Intervensi yang diberikan meliputi pengkajian yang berkelanjutan terhadap kebiasaan makan keluarga dan anak serta sumber daya ekonomi keluarga. Perawat dapat membantu keluarga untuk mengajukan program-program seperti program sarapan dan makan siang gratis atau subsidi sebagian. Perawat memberikan pendidikan gizi dan rujukan ke lembaga sosial untuk mendapat bantuan perbaikan gizi. Anak yang kekurangan zat besi dirujuk ke klinik untuk mendapatkan suplemen zat besi atau vitamin. Perawat wajib memantau hasil intervensi (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999).

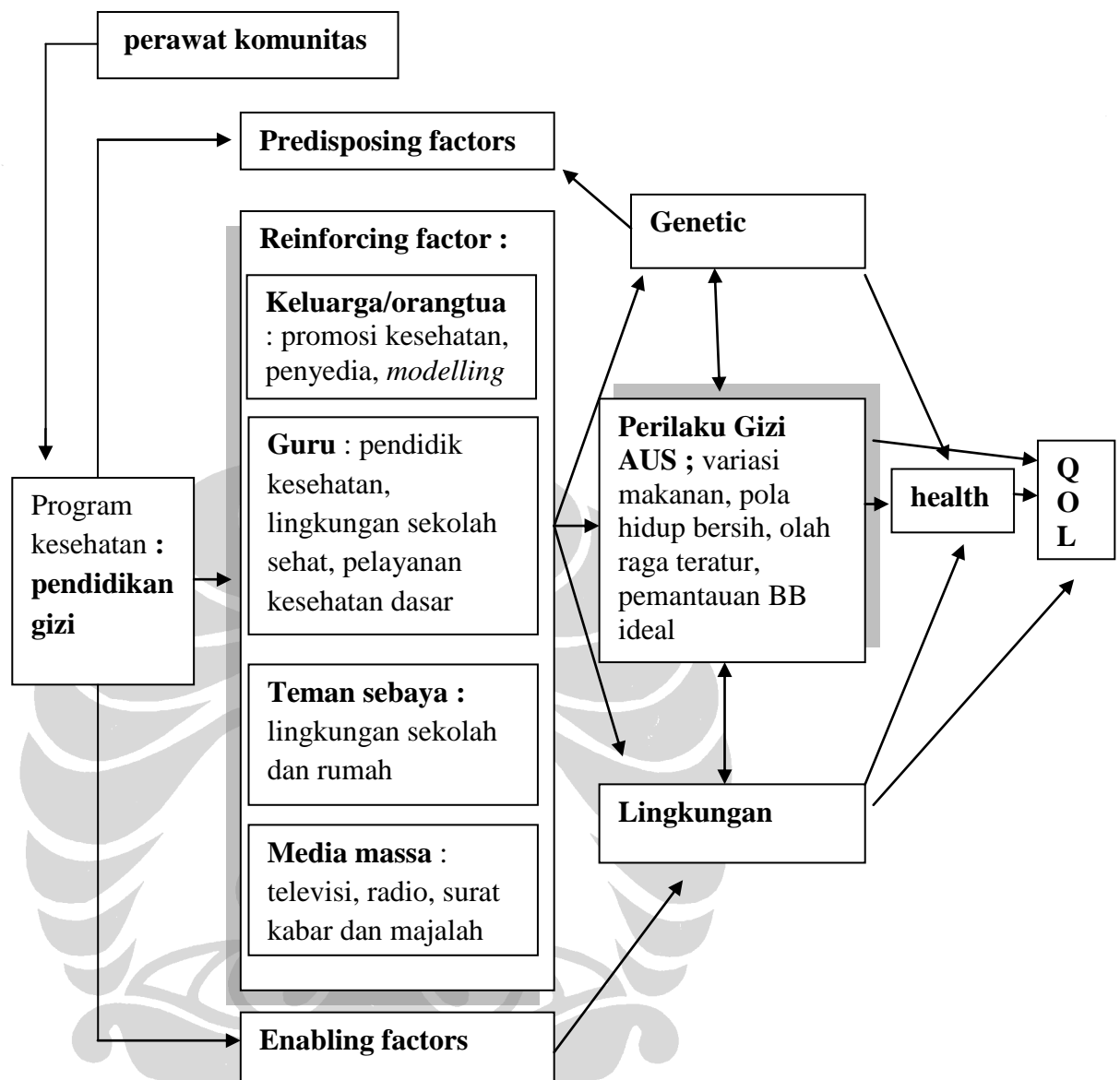
Peran perawat komunitas dalam program pendidikan kesehatan tentang gizi meliputi pemilihan makanan sehat, resep makanan untuk keluarga sibuk, makan siang sehat yang dapat disiapkan anak sekolah, gangguan makan pada anak usia sekolah. Program promosi untuk orang tua dapat berupa pemberian informasi gizi pada orang tua, kelompok perkumpulan orang tua, komite nutrisi orang tua, melakukan survey bersama guru untuk mengkaji pendapat murid dan makanan yang disukai (Anderson & McFarlane, 2000).

Peran perawat komunitas sebagai pendidik kesehatan terkait gizi pada keluarga sejalan dengan program pemerintah yaitu KADARZI. Program KADARZI dimulai tahun 2007, dibuat akibat tinggi masalah gizi di Indonesia antara lain penyebab adalah rendah pengetahuan, sikap, keterampilan keluarga terhadap perbaikan gizi dan kurangnya pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan oleh masyarakat. KADARZI adalah suatu keluarga yang mampu mengenal, mencegah dan mengatasi masalah gizi setiap anggotanya dengan ciri menimbang berat badan secara teratur, memberi ASI eksklusif pada bayi sampai enam bulan, makan makanan bervariasi, menggunakan garam beryodium, dan minum suplemen gizi. Sasaran KADARZI pada balita, ibu hamil dan ibu nifas (Depkes, 2007).

Sebagai perawat komunitas berusaha mengembangkan program KADARZI terhadap agregat lain termasuk anak usia sekolah.

Teori-teori yang telah diuraikan sebelumnya dapat digambarkan dalam bentuk skema kerangka teori penelitian, sebagai berikut:





Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian

Sumber : Modifikasi dari Green & Kreuter (2005); Stanhope & Lancaster (2005); Allender & Spradley (2005), Moore (2009), Notoatmojo (2010); Muscary (2001), Hitchcock, Schubert, & Thomas (1999), Pender, Murdaugh & Parsons (2002); Moore (2009); WHO (2009); Edelman & Mandle (2010); Cullen *et al* (2010); Kurniasih, Hilmansyah, Astuti, & Imam (2010); Sulistyoningsih (2011)

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab ini menguraikan kerangka konsep penelitian, kerangka kerja penelitian, hipotesa dan definisi operasional. Kerangka konsep penelitian diperlukan sebagai landasan berfikir untuk melakukan suatu penelitian yang dikembangkan dari tinjauan teori yang telah dibahas sebelumnya. Hipotesis penelitian diperlukan untuk menetapkan hipotesis alternatif dan definisi operasional diperlukan untuk memperjelas maksud dari suatu penelitian yang dilakukan.

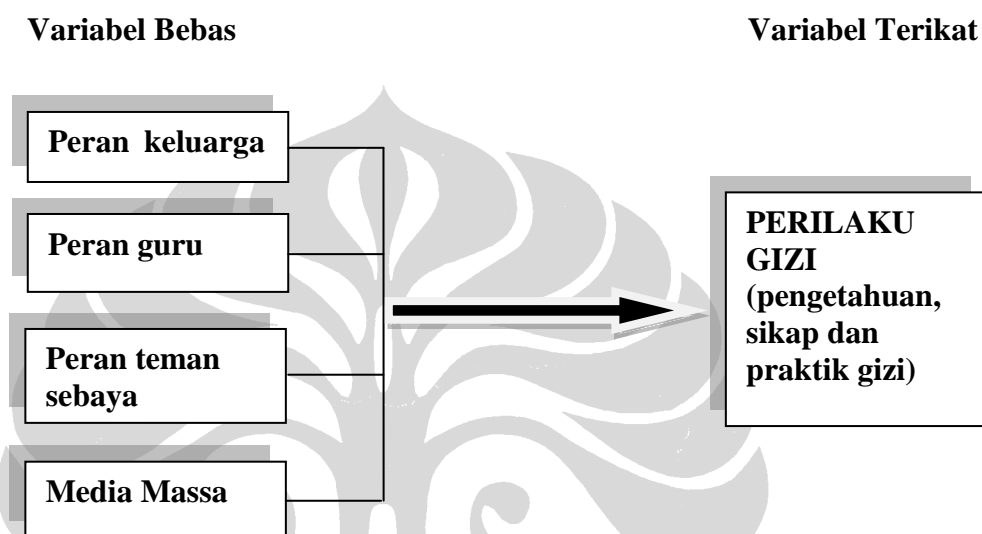
3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah rangkuman dari teori-teori saling terkait yang dibuat dalam bentuk diagram untuk menunjukkan hubungan antar variabel yang diteliti (Sastroasmoro & Ismael, 2010).

Anak usia sekolah adalah anak yang berusia 6-12 tahun yang berada dalam tahap tumbuh kembang (Potter & Perry, 2009; Hockenbery & Wilson, 2009; Edelman & Mandle, 2006; Lewis & Bear, 2002; Muscary, 2001). Pada tahap tumbuh kembang, anak usia sekolah berisiko terhadap berbagai masalah kesehatan, salah satu adalah masalah gizi (Allender dan Spradley, 2004). Pencegahan masalah gizi pada anak usia sekolah dapat dilakukan dengan ditanamkan perilaku gizi sedini mungkin. Perilaku gizi yang sehat untuk masyarakat Indonesia termasuk anak usia sekolah berpedoman pada prinsip gizi seimbang “Tumpeng Gizi Seimbang” yaitu variasi makanan, pola hidup bersih, aktivitas fisik, dan pemantauan berat badan (Kurniasih dkk, 2010).

Perilaku anak usia sekolah yang terkait gizi banyak dipengaruhi oleh keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2003; Cullen *et al* 2010; Sulistyoningsih, 2011). Guru, teman sebaya dan media massa juga dapat berperan dalam perilaku gizi anak usia sekolah (Stanhope & Lancaster, 2005; Moore, 2009; Notoatmojo, 2010; Allender & Spradley, 2005; Muscary, 2000; Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999; Pender, Murdaugh & Parsons, 2002; Moore, 2009; Edelman &

Mandle, 2010; Sulistyoningsih, 2011). Bush *et al* (1989, dalam Green dan Kreuter, 2005) mengaplikasikan model *PRECEDE-PROCEED* menyatakan keempat variabel tersebut berperan dalam program pencegahan faktor risiko penyakit kardiovaskuler pada anak usia sekolah dan remaja. Berdasarkan uraian di atas dapat dibuat kerangka konsep penelitian sebagai berikut:



Skema 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian adalah penjelasan tentang hubungan antara dua variabel atau lebih yang masih bersifat prediksi tentatif. Hipotesis penelitian merupakan prediksi dari hasil yang diharapkan berdasarkan dari pertanyaan penelitian (Polit & Hungler, 1999).

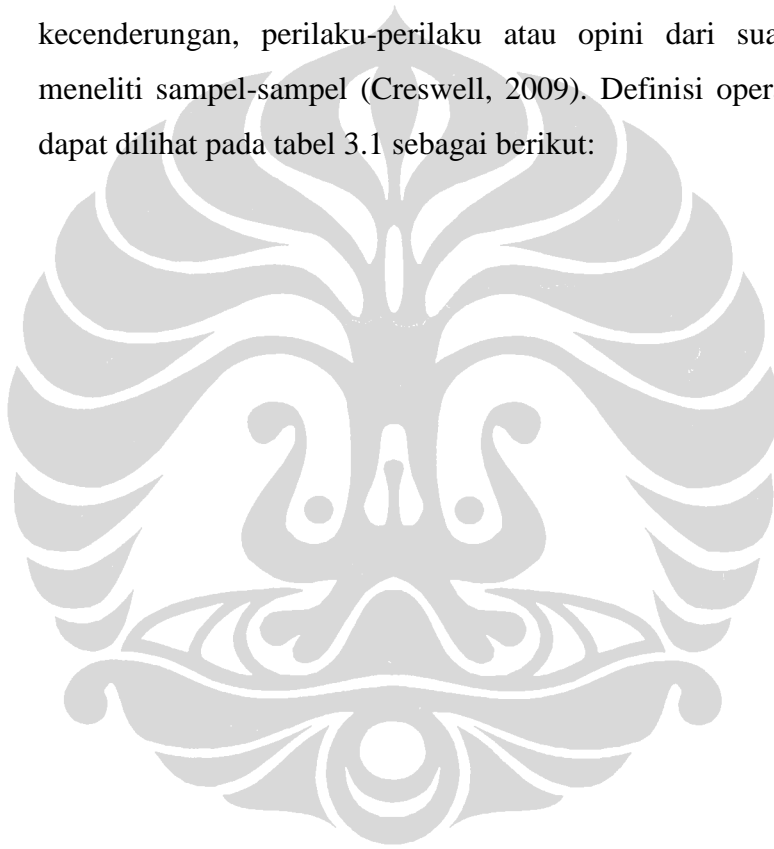
Berdasarkan tujuan dan pertanyaan penelitian sebelumnya, maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian, yaitu terdapat:

- 3.2.1 Hubungan peran orangtua dengan perilaku gizi anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota palu.
- 3.2.2 Hubungan peran guru dengan perilaku gizi anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu.

- 3.2.3 Hubungan peran teman sebaya dengan perilaku gizi anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota palu.
- 3.2.4 Hubungan peran media massa dengan perilaku gizi anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota palu.

3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan suatu prosedur yang spesifik dengan menggunakan alat ukur untuk mengukur suatu variabel (Polit & Hungler, 1999). Peneliti menggambarkan secara kuantitatif suatu kecenderungan-kecenderungan, perilaku-perilaku atau opini dari suatu populasi dengan meneliti sampel-sampel (Creswell, 2009). Definisi operasional penelitian ini dapat dilihat pada tabel 3.1 sebagai berikut:



Tabel 3.1
Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara ukur	Hasil ukur	Skala
Variabel terikat				
Perilaku gizi	Reaksi anak usia sekolah (AUS) terhadap gizi seimbang yang terwujud melalui: a) pengetahuan tentang gizi (pengertian, sumber makanan, manfaat, prinsip gizi seimbang); b) sikap terhadap gizi seimbang(variasi makanan, pola hidup bersih, olah raga teratur, pemantauan berat badan); c) praktik dalam menjalankan gizi seimbang (variasi makanan, pola hidup bersih, olah raga teratur, pemantauan berat badan ideal)	Kuesioner terdiri 7 item pertanyaan tentang pengetahuan gizi dalam bentuk pilihan ganda dengan skor jawaban , jika benar = 1 Salah = 0 , 7 item pernyataan untuk sikap dalam bentuk skala <i>Gutmanyaitu</i> setuju atau tidak setuju. Pernyataan positif , setuju (nilai 1), tidak setuju (nilai 0). Pernyataan negatif, setuju (nilai 0), tidak setuju (nilai 1). 7 item pernyataan positif tentang praktik gizi, jika “ya” nilai 1, “tidak” nilai 0. Pernyataan negatif, jika “ya” nilai 0, “tidak” nilai 1.	Skor total keseluruhan jawaban yang diperoleh dengan rentang nilai antara 7-18 dan disajikan dalam bentuk mean=13,53	Interval

Variabel Bebas

Peran keluarga	Persepsi AUS terhadap posisi atau upaya keluarga terkait prinsip gizi seimbang terdiri dari a) sebagai promosi kesehatan tentang gizi seimbang (manfaat variasi makanan, pola hidup bersih, olah raga teratur, pemantauan berat badan ideal); b) penyedia makanan/sarana penunjang gizi seimbang c) contoh peran yang terkait prinsip gizi seimbang bagi AUS	Kuesioner terdiri 23 pernyataan dalam bentuk skala Guttman. Pernyataan positif jika jawaban ya=1, tidak= 0 pernyataan negatif , jika jawaban tidak=1, ya=0. Masing-masing 7 pernyataan untuk peran promosi, 8 pernyataan peran penyedia dan 8 pernyataan contoh peran.	Skor total seluruh jawaban responden yang diperoleh dengan rentang nilai antara 7 - 22 Nilai disajikan dalam bentuk mean=16,26	Interval
Peran guru	Persepsi AUS terhadap posisi atau kegiatan guru terkait prinsip gizi seimbang yang dilakukan di sekolah yang sejalan dengan pogram UKS, yaitu a) sebagai pendidik kesehatan (manfaat gizi seimbang, variasi makanan, pola hidup bersih, olah raga/aktivitas fisik, pemantauan berat badan); b) menciptakan lingkungan sekolah sehat (kantin sehat, penjaja makanan,	Kuesioner terdiri 20 pernyataan dalam bentuk skala <i>Guttman</i> . Pernyataan positif jika jawaban ya=1, tidak=0 pernyataan negatif , jika jawaban tidak =1 jawaban ya=0. Masing –masing 8 pernyataan untuk peran guru dalam pendidikan kesehatan, 6 pernyataan peran menciptakan lingkungan sekolah sehat, dan	Skor total seluruh jawaban responden yang diperoleh dengan rentang nilai antara 5 - 20 Nilai disajikan dalam bentuk mean=13,99	Interval

	sarana kebersihan dan olah raga); c) pelayanan kesehatan dasar terkait gizi (pengukuran BB/TB, pemeriksaan kesehatan, kolaborasi)	6 pernyataan pelayanan dasar kesehatan terkait gizi		
Peran teman sebaya	Persepsi AUS terhadap peran teman sebaya di sekolah atau di lingkungan rumah dalam memberi pengaruh terhadap perilakunya terkait prinsip gizi seimbang (variasi makanan, pola hidup bersih, olah raga/aktivitas fisik, pemantauan berat badan)	Kuesioner terdiri 13 pernyataan dalam bentuk skala <i>Gutman</i> . Pernyataan positif jika jawaban ya=1, tidak=0 pernyataan negatif, jika jawaban tidak=1 dan jawaban ya=0	Skor total seluruh jawaban responden yang diperoleh dengan rentang nilai 4 -13 Nilai disajikan dalam bentuk mean=8,92	Interval
Peran media massa	Persepsi AUS terhadap Media massa (televisi, majalah, surat kabar, radio) yang memberi pengaruh terhadap perilaku AUS terkait prinsip gizi seimbang.	Kuesioner terdiri 14 pernyataan dalam bentuk skala <i>Gutman</i> . Pernyataan positif jika jawaban ya=1, tidak=0 pernyataan negatif, jika jawaban tidak=1 dan jawaban ya=0	Skor total seluruh jawaban responden yang diperoleh dengan rentang nilai antara 4 - 14 Nilai disajikan dalam bentuk mean= 9,87	Interval

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

BAB 4 menguraikan tentang metodologi penelitian meliputi desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data, prosedur pengumpulan data, pengolahan data dan analisis data.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan wadah untuk menjawab pertanyaan penelitian atau untuk menguji kesahihan hipotesis (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Desain penelitian yang digunakan adalah studi deskriptif korelasional. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Polit dan Hungler (1999) menyatakan bahwa *Cross sectional* adalah pengumpulan data dilakukan pada satu waktu.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah sekelompok subyek atau data dengan karakteristik tertentu (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh siswa pada 15 SD di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kecamatan Palu Selatan, sebanyak 4.944 siswa.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah *subset* atau bagian populasi yang diteliti (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Sampel dalam penelitian ini adalah anak usia sekolah dasar yang berada di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura setelah dilakukan randomisasi. Murti (1999) mengatakan bahwa ukuran sampel untuk studi *cross sectional* dianjurkan untuk menggunakan prosedur pencuplikan acak sederhana dengan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{Z^2 1 - \alpha/2 pq}{d^2}$$

Keterangan :

n= besar sampel

p= perkiraan proporsi (prevalensi)

q= 1-p

$Z_{1-\alpha/2}$ = statistik Z pada distribusi normal standar, pada tingkat kemaknaan α (misalnya 1,96 untuk α 0,05)

d= presisi absolut yang diinginkan pada kedua sisi proporsi populasi (misalnya 5%)

Peneliti menggunakan perkiraan proporsi perilaku gizi berdasarkan penelitian Shah *et al* (2010). Hasil survey dari 3128 siswa sekolah dasar, didapatkan skore perilaku gizi yang sehat pada SD pemerintah (negeri) sebesar 6%. Peneliti menetapkan α 0,05, tingkat kepercayaan 95%, dan presisi 5%. Perhitungan ukuran sampel sebagai berikut dan diketahui:

$$p = 0,06$$

$$q = (1-p) = 1-0,06 = 0,94$$

$$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$$

$$d = 0,05$$

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,06)(0,94)}{0,05^2}$$

$$n = 86,66 = 87$$

Ukuran atau besar sampel dalam penelitian ini adalah minimal 87.

Desain pengambilan sampel dengan cara *proporsional cluster sampling* (Machfoedz, 2007). Penentuan besar sampel pada metode kluster adalah dengan menggunakan rumus untuk sampel acak sederhana dan mengalikan hasil perhitungannya dengan efek desain (Hocking & Carling, 1996). Pada umumnya efek desain untuk sampel kluster berkisar antara 2 dan 4 (Ariawan, 1998). Peneliti mengambil efek desain 2, sehingga besar sampel menjadi 174 responden. Jumlah kluster yang akan dipilih adalah delapan

klaster (SD) dengan pertimbangan jarak sekolah yang cukup berjauhan. Pemilihan klaster dengan cara random sederhana, kemudian dilakukan penentuan sampel.

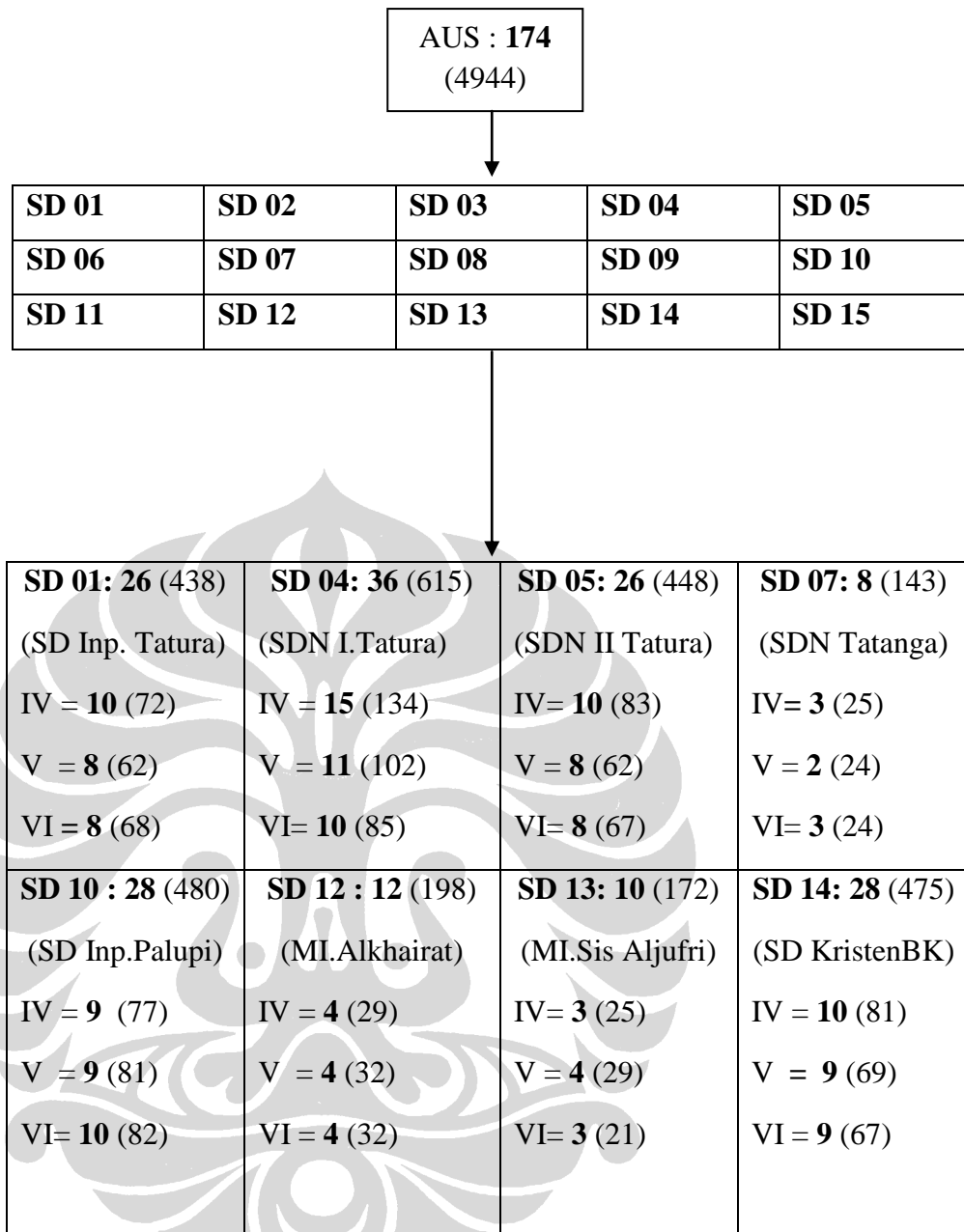
Sampel yang peneliti ambil sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan yaitu:

- a. Bersedia menjadi responden
- b. Siswa kelas 4,5 dan 6 SD. Penetapan kriteria sampel ini sesuai dengan penelitian Choi *et al* (2008); Cleland, Worsley, & Crawford (2004); Penkilo, Goerge, & Hoelscher (2008).
- c. Responden bisa membaca dan menulis

Pemilihan subjek sampel dari tiap sub populasi dengan tehnik random murni yaitu dengan cara mengundi (Budiarto, 2010). Tahap pengundian yang dilakukan sebagai berikut:

- a. Peneliti membuat daftar semua unit. Susunan unit sampel mengikuti nomor absensi sekolah.
- b. Semua unit sampel ditulis berdasarkan nomor urut pada gulungan kertas, kemudian dimasukkan ke dalam kotak dan diaduk sampai rata dan menjatuhkan gulungan kertas sesuai jumlah yang dibutuhkan.
- c. Gulungan kertas yang jatuh diambil dan dicocokkan dengan nomor dan nama di absensi.

Proses pengambilan sampel dimulai dari penentuan sampel minimal terlebih dahulu, yang telah didapatkan sebanyak 174 responden. Pengambilan sampel berikutnya secara random pada delapan SD berdasarkan proporsional. SD yang terpilih sebagai sampel adalah SD Inpres Tatura, MI Sis Aljufri, SDN 1 Tatura, SDN 2 Tatura, SDN Tatanga, SD Kristen Bala Keselamatan, SD Inpres Palupi, dan MI Alkhairat Pengawu. Setelah itu, dilakukan random kembali secara proporsional pada kelas 4, 5, dan 6 dari 8 SD. Lebih jelasnya dapat dilihat pada skema 4.1 sebagai berikut:



Jumlah sampel seluruhnya adalah $(10+8+8) + (15+11+10) + (10+8+8) + (3+2+3) + (9+9+10) + (4+4+4) + (3+4+3) + (10+9+9) = 174$

Skema 4.1 Desain Pengambilan Sampel

4.3 Tempat Penelitian

Tempat penelitian dilakukan di sekolah dasar sewilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kecamatan Palu Selatan. Alasan peneliti melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura karena terdapat fenomena tentang prevalensi masalah gizi pada anak usia sekolah dasar khusus kelas satu yang tinggi dibanding wilayah kerja puskesmas lainnya. Semua sekolah dasar di wilayah ini mempunyai UKS, meskipun penyuluhan gizi belum optimal. Puskesmas Mabelopura juga merupakan salah satu lahan praktik komunitas Akper Donggala, sehingga penelitian ini dapat menjadi *entry point* dalam pengembangan praktik komunitas khususnya *agregat* anak usia sekolah dan pengembangan UKS. Delapan sekolah dasar yang terpilih berdasarkan sistem random dan klaster sebagai tempat penelitian yaitu SD Inpres Tatura, SDN I Tatura, SDN II Tatura, Madrasah Ibtidaiyah (MI) Sis Al Jufri, SD Inpres Palupi, SDN Tatanga, SD Kristen Bala Keselamatan, dan MI Alkhairat Pengawu.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan mulai tanggal 2 Mei sampai dengan 28 Mei 2011 yang terdiri dari uji coba kuesioner, koordinasi dengan pihak sekolah yang terpilih sebagai sampel untuk memilih responden secara acak proporsional dilanjutkan dengan pemberian lembar informasi penelitian dan *informed consent* dan pengumpulan data.

4.5 Etika Penelitian

Penelitian ini telah lolos uji etik dari Komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan telah memenuhi aspek etik secara keseluruhan, yaitu:

4.5.1 Aplikasi etik dalam penelitian

Etika penelitian merupakan prosedur penelitian dengan tanggung jawab profesional, legal dan sosial bagi subyek penelitian. Polit dan Hungler (1999), mengatakan bahwa dalam penelitian responden dilindungi dengan

etika penelitian dengan memperhatikan prinsip *beneficence*, *respect for human dignity*, dan *justice*, masing-masing dijelaskan sebagai berikut:

- a. Prinsip *Beneficence* artinya prinsip ini penting dalam menumbuhkan hubungan kerja sama yang baik dengan responden. Penelitian ini memberi manfaat langsung kepada responden yaitu informasi tentang berat badan dan tinggi badan yang dimiliki serta materi prinsip gizi seimbang melalui *leaflet* yang dibagi setelah pengisian kuesioner. Hasil penelitian ini memberi masukan pada puskesmas Mabelopura tentang peningkatan kejadian status gizi lebih, rendahnya pengetahuan responden tentang prinsip gizi seimbang, dan ada korelasi positif antara peran keluarga dan media massa dengan perilaku gizi anak usia sekolah. Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk menyusun suatu kebijakan yang terkait perilaku gizi, meningkatkan program promotif dan preventif dengan melibatkan keluarga dan media massa, meningkatkan penyuluhan tentang prinsip gizi seimbang di sekolah serta pelatihan guru UKS.
- b. Prinsip *respect for human dignity*, artinya menghargai harkat dan martabat responden. Prinsip ini meliputi *self determination* dan *full disclosure*. *Self determination* pada penelitian ini dilakukan dengan cara memberi kebebasan kepada responden untuk ikut penelitian setelah mendapat penjelasan tentang maksud, tujuan dan manfaat penelitian sebelum pengisian kuesioner. *full disclosure* dilakukan dengan cara memberi informasi penelitian kepada kepala sekolah yang terpilih sebagai sampel dan kepada orangtua atau wali anak yang terpilih menjadi responden, pemberian informasi melalui surat yang dititipkan lewat responden.
- c. Prinsip *Justice* yang dilakukan adalah semua responden diperlakukan sama yaitu pemberian *informed consent* terlebih dahulu sebelum pengumpulan data. *Anonymity* dilakukan peneliti dengan cara tidak mencantumkan identitas (nama) responden dalam kuesioner atau laporan.

4.5.2 *Informed Consent*

Informed Consent dilakukan dengan cara mengirim lembar persetujuan kepada keluarga atau wali anak. Orangtua menandatangani lembar *informed consent* yang bersedia anak mereka dijadikan responden dan dikirim kembali lewat anak masing-masing. Anak juga menandatangani lembar persetujuan menjadi responden setelah orangtua atau wali menandatangani *informed consent*.

4.6 Alat Pengumpul Data

4.6.1 Pengumpul Data

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dan dibantu satu orang asisten peneliti. Asisten peneliti ini adalah sarjana keperawatan dan calon pegawai negeri sipil (CPNS) di Akper Pemda Donggala. Asisten peneliti membantu melakukan pengukuran berat badan dan tinggi badan serta pembagian kuesioner. Peneliti melakukan koordinasi dengan pihak sekolah yang terpilih sebagai sampel tentang jadwal dan pengundian siapa yang terpilih menjadi responden dari setiap perwakilan kelas 4, 5, dan 6. Khusus untuk Madrasah Ibtidaiyah, terlebih dahulu meminta rekomendasi penelitian dari Kementerian Agama Kota Palu.

4.6.2 Instrumen Pengumpul Data

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah alat ukur berat badan (timbangan), tinggi badan (meteran), KMS-AS dan kuesioner. KMS-AS untuk menentukan status gizi responden. Kuesioner yang meliputi variabel pengetahuan, sikap, dan praktik gizi responden anak usia sekolah; variabel peran keluarga dalam promosi kesehatan, penyediaan makanan dan sebagai contoh (*modelling*); variabel peran guru dalam pendidikan kesehatan, menciptakan lingkungan sekolah sehat, dan pelayanan dasar terkait gizi; variabel peran teman sebaya; variabel media massa, yang dikembangkan dari prinsip gizi seimbang (lihat lampiran). Instrumen yang digunakan secara rinci dijelaskan sebagai berikut:

- a. Kuesioner A adalah kuesioner untuk mengukur perilaku gizi responden yang terdiri dari pengetahuan gizi 7 pertanyaan pilihan ganda; 7

pernyataan sikap, setuju dan tidak setuju, *unfavorable* (9,12,13,14), *favorable* (8,10,11); praktik gizi, dilakukan (ya) dan tidak dilakukan (tidak), *unfavorable* (16,19), *favorable* (15,17,18,20,21)

- b. Kuesioner B adalah kuesioner untuk mengukur peran keluarga terkait prinsip gizi seimbang menurut persepsi responden dengan pilihan jawaban ya dan tidak terdiri dari: peran keluarga sebagai promosi kesehatan terkait gizi 7 pernyataan (1-7), *unfavorable* (2,5,6), *favorable* (1,3,4,7); peran sebagai penyedia 8 pernyataan (8-15), *unfavorable* (10,14), *favorable* (9,12,13,14,15); peran sebagai *modelling* (16-23), *unfavorable* (18,20,22), *favorable* (16, 17,19,21,23).
- c. Kuesioner C adalah mengukur peran guru terkait prinsip gizi seimbang yang terintegrasi dengan TRIAS UKS menurut persepsi responden dengan pilihan jawaban ya dan tidak terdiri dari: peran sebagai pendidik kesehatan 8 pernyataan (1-8), *unfavorable* (2,6,8), *favorable* (1,3,4,5,7); peran dalam menciptakan lingkungan sekolah sehat 6 pernyataan (9-14), *unfavorable* (9,10,11), *favorable* (12,13,14); peran sebagai melakukan peyanaan kesehatan dasar terkait gizi 6 pernyataan (14-20), *unfavorable* (-), *favorable* (14-20)
- d. Kuesioner D adalah untuk mengukur peran teman sebaya terkait prinsip gizi seimbang menurut persepsi responden dengan pilihan jawaban ya dan tidak terdiri dari: peran teman sebaya di sekolah 13 pernyataan, *unfavorable* (4,5,7,10,12,13), *favorable* (1,2,3,6,8,9,11).
- e. Kuesioner E adalah untuk mengukur peran media massa terkait prinsip gizi seimbang menurut persepsi responden dengan pilihan jawaban ya dan tidak terdiri dari 14 pernyataan, *unfavorable* (3,6,8,9,12), *favorable* (1,2,4,5,7,10,11,13,14).

4.7 Uji coba instrumen

Uji coba instrumen penelitian dilakukan sebelum melakukan pengumpulan data untuk melihat validitas dan reabilitas instrumen yang digunakan pada

penelitian ini. Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat kesahihan instrumen, artinya instrumen dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur (valid). Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat kepercayaan instrumen yang apabila digunakan beberapa kali untuk mengukur objek, maka akan menghasilkan data yang sama (Arikunto, 2010). Uji instrumen dilakukan pada salah satu sekolah dasar yang ada di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura yang tidak terpilih sebagai sampel yaitu SDN Palupi sebanyak 30 responden terdiri dari kelas 4, 5, dan 6 masing-masing 10 siswa. Uji validitas dan realibilitas yang dilakukan diuraikan sebagai berikut:

4.7.1 Uji validitas

Uji validitas dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan total skor. Teknik korelasi yang digunakan adalah korelasi *pearson product moment (r)* dengan keputusan uji yaitu nilai $r \geq 0,361$ (df 28, tingkat kemaknaan 5%) dinyatakan valid. Pertanyaan atau pernyataan yang nilai $r < 0,361$ dibuang karena pertanyaan dan pernyataan yang tersisa sudah dapat mengukur apa yang akan diukur. Pertanyaan atau pernyataan yang dibuang sebanyak 11 item dari 102 item dengan rincian 3 item variabel perilaku, 1 item variabel keluarga, 4 item variabel guru, 2 item variabel teman sebaya, dan 1 item variabel media massa. Item pertanyaan atau pernyataan yang tidak valid dikeluarkan dan dilakukan uji ulang. Hasil uji validitas ulang yaitu nilai r instrumen A antara 0,369-0,718; nilai r instrumen B antara 0,363-0,855; nilai r instrumen C antara 0,362-0,819; nilai r instrumen D antara 0,376-0,864; dan nilai r instrumen E antara 0,361-0,825. Setelah semua pertanyaan atau pernyataan valid, maka dilanjutkan untuk uji reliabilitas (Hastono, 2007).

4.7.2 Uji Reliabilitas

Uji realibilitas yang digunakan dalam penelitian ini dengan cara mengujicobakan instrumen satu kali (*one shot*). Teknik yang digunakan adalah membandingkan nilai r hasil (*alpha cronbach*) dengan nilai standar (0,6). Nilai r *alpha cronbach* $> 0,6$ dinyatakan pertanyaan atau pernyataan *reliable* (Hastono, 2007). Uji reliabilitas dilakukan dua kali seperti pada uji

validitas. Nilai *alpha cronbach* masing-masing variabel yang diperoleh setelah pertanyaan atau pernyataan yang tidak valid dikeluarkan, yaitu instrumen A sebesar 0,906, instrumen B sebesar 0,956, instrumen C sebesar 0,903, instrumen D sebesar 0,922, dan instrumen E sebesar 0,904. Semua nilai *alpha cronbach* > 0,9 yang menunjukkan nilai reliabilitas ideal (Polit & Hungler, 1999).

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data penelitian ini terdiri dari beberapa langkah, sebagai berikut:

- a. Peneliti melakukan penelitian setelah proposal dinyatakan lolos kaji etik oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan/Kesehatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- b. Peneliti mengajukan izin penelitian kepada Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat kota Palu, tembusan Kepala Dinas Pendidikan Kota Palu, Kepala Dinas Kesehatan Palu, Kapolres Kota Palu, dan Puskesmas Mabelopura tanggal 2 Mei 2011.
- c. Peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian di SDN Palupi tanggal 3 Mei 2011.
- d. Peneliti berkoordinasi ke sekolah-sekolah yang menjadi tempat penelitian pada tanggal 4-9 Mei 2011. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian serta metode penelitian yang akan dilakukan kepada pihak sekolah termasuk pengundian untuk menentukan responden. Khusus untuk Madrasah Ibtidaiyah, terlebih dahulu meminta rekomendasi penelitian dari Kementerian Agama Kota Palu.

Pemilihan calon responden dilakukan di kelas 4, 5, dan 6 dibantu oleh wali kelas masing-masing. Nomor yang terpilih melalui undian disesuaikan dengan nomor absensi kelas. Anak yang terpilih tetapi tidak hadir saat itu, dilakukan penggantian dengan pengundian kembali. Peneliti melebihkan calon responden 2-3 orang setiap sekolah sebagai antisipasi apabila terdapat orangtua yang tidak bersedia anak dilibatkan sebagai responden.

Anak yang terpilih menjadi responden diberikan lembar informasi penelitian dan lembar *informed consent* untuk orangtua atau wali. *Informed consent* yang sudah ditandatangani orangtua atau wali diserahkan kepada wali kelas atau peneliti pada hari pengumpulan data. Pengumpulan data dilakukan setelah Ujian Akhir Nasional kelas 6 sesuai rekomendasi dari kepala sekolah masing-masing yaitu setelah tanggal 12 Mei 2011.

- e. Pengumpulan data dilakukan mulai tanggal 13-28 Mei 2011. Responden yang masuk sekolah pagi dikumpulkan dalam satu ruangan atau kelas untuk pengambilan data saat jam istirahat sekitar jam 09.30-10.05. Responden yang masuk sekolah siang dilakukan pengumpulan data terlebih dahulu sebelum pembelajaran pertama dimulai sekitar jam 11.00 - 11.30. Peneliti menjelaskan kembali tentang tujuan, manfaat penelitian dan cara pengisian kuesioner, serta memberi kesempatan pada responden bertanya item kuesioner yang kurang dipahami.
- f. Peneliti dan asisten peneliti melakukan penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan dimulai dari kursi pertama sampai terakhir
- g. Peneliti atau asisten peneliti mengumpulkan hasil kuesioner yang dilakukan di sekolah. Peneliti dan asisten peneliti mengecek kelengkapan pengisian kuesioner. Responden diminta kembali melengkapi kuesioner yang belum dijawab.
- h. Kuesioner yang telah dikumpulkan, selanjutnya dilakukan pengolahan data.

4.9 Pengolahan Data

Data yang telah terkumpul dari responden selanjutnya dilakukan pengolahan data (Hastono, 2007). Adapun tahap-tahap pengolahan data yang dilakukan sebagai berikut:

- a. *Editing*: melakukan pengecekan isian kuesioner, kelengkapan jawaban, kebenaran dan konsistensi.

- b. *Coding*: pemberian kode berupa angka 1 pada setiap jawaban yang benar, menjawab ya pada pernyataan positif atau menjawab tidak pada pernyataan negatif. Angka 0 pada setiap jawaban yang salah, menjawab tidak pada pernyataan positif atau menjawab ya pada pernyataan negatif.
- c. *Processing*: pemrosesan data dilakukan dengan cara *entry* data dari kuesioner ke program komputer.
- d. *Cleaning*: membersihkan data yang merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang telah *dientry* untuk melihat ada atau tidak kesalahan/*missing*. Data dibersihkan ketika ditemukan ada *missing* 1 dengan cara mengecek kembali *data view*. Ditemukan ada tambahan data berupa titik-titik, selanjutnya dilakukan *delete* pada titik-titik tersebut dan akhirnya *missing* tidak ada atau nol.
- e. *Tabulating*: kegiatan meringkas data dimasukkan kedalam tabel yang telah dipersiapkan sesuai dengan tujuan penelitian, sehingga memudahkan dalam membahas hasil penelitian.

4.10 Analisis Data

Analisis data yang dilakukan pada penelitian ini adalah:

4.10.1 Analisis univariat

Analisis univariat digunakan untuk mendiskripsikan karakteristik setiap variabel (Hastono, 2007). Bentuk penyajian data menggunakan tabel distribusi frekuensi dan persentase untuk data kategorik yaitu jenis kelamin dan status gizi. Penyajian data numerik ditampilkan dari hasil perhitungan mean, standar deviasi, dan CI 95%. Variabel dengan data numerik dirubah menjadi data kategorik ketika melakukan pengkategorian variabel dengan menggunakan *mean* sebagai *cut of poin*. Kategori yang dibuat yaitu pengetahuan tinggi dan rendah, sikap, praktik, perilaku, perang keluarga, guru, teman sebaya, media massa dengan kategori baik dan kurang baik. Semua uji bivariat menggunakan data numerik.

4.10.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat yang digunakan pada penelitian ini adalah uji korelasi *Pearson Product Moment* (r). Taraf kesalahan yang ditetapkan adalah 5%

(taraf kepercayaan 95%). Pedoman yang digunakan untuk melihat kekuatan hubungan antara variabel independen (peran keluarga, guru, teman sebaya, dan media massa) dengan variabel dependen (perilaku gizi), adalah menurut Hastono (2007) yaitu:

1. $r = 0,00-0,25$; tidak ada hubungan atau hubungan lemah
2. $r = 0,26-0,59$; hubungan sedang
3. $r = 0,51-0,75$; hubungan kuat
4. $r = 0,76-1,00$; hubungan sangat kuat

Selanjutnya dilakukan uji regresi linier pada variabel yang p value $< 0,05$ dan koefisien determinasi (r^2) untuk mengetahui seberapa besar variasi perilaku gizi dapat dijelaskan oleh peran keluarga, guru, teman sebaya, dan media massa.

4.10.3 Analisis Multivariat

Penelitian ini juga melakukan analisis multivariat. Tujuan analisis multivariat untuk melihat atau mempelajari hubungan beberapa variabel (lebih dari satu variabel) independen dengan satu atau beberapa variabel dependen, umumnya satu variabel dependen (Hastono, 2007). Analisis multivariat yang dilakukan pada penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan variabel independen (peran keluarga, peran teman sebaya, peran guru dan peran media massa) yang paling berhubungan dengan variabel dependen (perilaku gizi anak usia sekolah). Analisis statistik yang digunakan adalah regresi linier berganda. Analisis regresi linier berganda adalah analisis untuk multivariat dengan variabel dependennya variabel numerik (Dahlan, 2008).

Tahapan analisis multivariat yang dilakukan meliputi:

- a. Langkah pertama pemodelan adalah seleksi bivariat. Seleksi bivariat masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Variabel yang dapat masuk model multivariat adalah variabel yang pada analisis bivariat mempunyai nilai $p < 0,25$ yaitu variabel peran keluarga dan peran media massa. Ketentuan ini tidak harus dipenuhi, apabila variabel yang nilai $p > 0,25$ secara substansi sangat penting

berhubungan dengan variabel dependen maka variabel tersebut diikutkan dalam model multivariat, sehingga variabel peran guru dan teman sebaya tetap diikutkan ke dalam model.

- b. Langkah kedua adalah pemodelan multivariat. Tahap ini dilakukan dengan cara analisis multivariat secara bersama-sama. Variabel yang valid dalam model multivariat adalah variabel yang mempunyai nilai $\rho < 0,05$. Bila dalam model multivariat dijumpai variabel yang nilai $\rho > 0,05$, maka variabel tersebut dikeluarkan dalam model. Pengeluaran variabel dilakukan tidak serempak, melainkan bertahap satu persatu dimulai dari nilai ρ yang terbesar. Setelah variabel pertama dikeluarkan, dilakukan pengecekan pada perubahan nilai Coefisien B. Apabila terdapat perubahan nilai Coefisien B di atas 10%, maka variabel yang telah dikeluarkan dimasukkan kembali ke dalam model. Pengeluaran variabel dilakukan selanjutnya sampai tidak terdapat nilai $\rho > 0,05$. Semua variabel dimasukkan kembali ke dalam model multivariat.
- c. Langkah ketiga adalah uji asumsi yang terdiri dari enam uji asumsi, sebagai berikut:
 - 1) Asumsi eksistensi
Untuk asumsi ini, sampel yang diambil harus dilakukan secara random. Cara mengetahui asumsi ini dengan cara menganalisis deskriptif variabel residual dari model, bila residual menunjukkan ada nilai mean mendekati nilai nol dan ada sebaran (varian atau SD), maka asumsi ini terpenuhi. Uji asumsi eksistensi telah terpenuhi dalam penelitian ini.
 - 2) Asumsi independensi
Asumsi ini terpenuhi apabila nilai Durbin Watson diantara -2 sampai dengan +2. Nilai Durbin dalam penelitian ini adalah 1,364.

3) Asumsi linieritas

Asumsi linieritas dapat diketahui dari uji ANOVA, apabila nilai p lebih kecil dari alpha ($p < 0,05$) maka model berbentuk linier. Asumsi linieritas terpenuhi pada penelitian ini.

4) Asumsi *homoscedascity*

Homoscedascity dapat diketahui dengan melakukan pembuatan plot residual. Asumsi *homoscedascity* terpenuhi apabila titik tebaran tidak berpola tertentu dan menyebar merata di sekitar garis titik nol. Asumsi ini telah terpenuhi pada penelitian ini.

5) Asumsi normalitas

Normalitas diketahui dari bentuk kurve normal dan P-P Plot residual, bila data menyebar di sekitar diagonal dan mengikuti arah garis diagonal, maka asumsi normalitas terpenuhi. Penelitian ini telah memenuhi asumsi normalitas.

6) Diagnostik *multicollinearity*

Asumsi ini terpenuhi apabila nilai VIF tidak lebih dari 10. Nilai VIF pada penelitian ini semua kurang dari 10. Langkah analisis multivariat dijelaskan lebih rinci pada bab hasil penelitian.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menggambarkan hasil penelitian tentang karakteristik responden (umur, jenis kelamin, berat badan, tinggi badan, status gizi), perilaku gizi, peran keluarga, peran guru, peran teman sebaya, dan peran media terhadap perilaku gizi anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura kota Palu. Hasil penelitian ini memperoleh data yang berdistribusi normal dengan menggunakan analisis univariat, bivariat, dan multivariat diuraikan sebagai berikut:

5.1 Gambaran Karakteristik Anak Usia Sekolah Dasar di Wilayah Kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu

Karakteristik responden di SD wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu yang diteliti terdiri dari umur, jenis kelamin, berat badan, tinggi badan dan status gizi. Data karakteristik jenis kelamin dan status gizi anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi, jumlah dan persentase. Data karakteristik umur, berat badan dan tinggi badan disajikan dalam bentuk mean, standar deviasi, dan CI 95%. Secara jelas dapat dilihat pada tabel 5.1 dan tabel 5.2 berikut ini:

Tabel 5.1

Distribusi jenis kelamin dan status gizi anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu, Mei 2011 (n=174)

Karakteristik	Jumlah	Persentase
Laki-laki	80	46
Perempuan	94	54
Gizi normal	117	67,2
Gizi kurang	5	2,9
Gizi lebih	52	29,9

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari separuh responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebesar 54%. Distribusi status gizi terbanyak status

gizi normal sebesar 67,2%, status gizi tidak normal terbanyak pada status gizi lebih sebesar 29,9%.

Tabel 5.2
Distribusi umur, tinggi badan dan berat badan anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu, Mei 2011 (n=174)

Variabel	Mean	Standar Deviasi	95% CI
Umur	10,67	0,96	10,53 – 10,82
Tinggi badan	134,01	9,69	132,56 – 135,46
Berat badan	32,94	9,30	31,55 – 34,33

Tabel 5.2 memperlihatkan bahwa rata-rata umur responden adalah 10,67 tahun dengan standar deviasi 0,96 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata umur responden adalah diantara 10,53 sampai dengan 10,82 tahun.

Hasil analisis didapatkan rata-rata tinggi badan responden adalah 134,01 cm dengan standar deviasi 9,69 cm. Estimasi interval dengan keyakinan 95% bahwa rata-rata tinggi badan responden diantara 132,56 cm sampai dengan 135,46 cm.

Hasil analisis didapatkan rata-rata berat badan responden adalah 32,94 kg dengan standar deviasi 9,30 kg. Estimasi interval disimpulkan bahwa diyakini 95% rata-rata berat badan responden antara 31,55 kg sampai dengan 34,33 kg.

Analisis lanjut tabel 5.2 tentang IMT responden dengan umur 10,67 tahun, tinggi badan 134,01 cm, dan berat badan 32,94 kg, diperoleh IMT sebesar 18,34. Hal ini menunjukkan rata-rata IMT responden termasuk kategori normal (perempuan = 13,4-18,9 dan laki-laki = 13,8 – 18,4).

5.2 Gambaran Perilaku Gizi, Peran Keluarga, Peran Guru, Peran Teman Sebaya, dan Peran Media Massa

Tabel 5.3
Distribusi perilaku gizi anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu, Mei 2011 (n=174)

Variabel Dep	Mean	Standar Deviasi	95% CI
Perilaku gizi	13,53	2,32	13,18 – 13,88
• Pengetahuan	3,70	1,38	3,49 – 3,90
• Sikap	5,04	1,20	4,86 – 5,22
• Praktik	4,79	1,29	4,60 – 4,99

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa rata-rata skor perilaku gizi responden adalah 13,53 dengan standar deviasi 2,32. Hasil estimasi interval disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata skor perilaku gizi responden antara 13,18 sampai dengan 13,88. Hasil ini bila dikategorikan berdasarkan *mean* sebagai *cut of point*, yaitu kategori perilaku gizi baik apabila nilai responden $> 13,53$ dan kategori perilaku gizi kurang baik apabila nilai responden $\leq 13,53$. Hasil diperoleh lebih sebagian responden mempunyai perilaku gizi baik sebesar 53,4%.

Analisis lanjut terhadap domain perilaku, diperoleh nilai rata-rata terbesar terdapat pada sikap sebesar 5,04 dengan standar deviasi 1,20 dan nilai rata-rata terkecil adalah pengetahuan sebesar 3,70 dengan standar deviasi 1,38. Hal ini menunjukkan bahwa domain tertinggi yang dimiliki responden adalah sikap positif responden terhadap prinsip gizi dan terendah adalah domain pengetahuan tentang prinsip gizi.

Analisis lebih dalam dengan melakukan kategorisasi terhadap ketiga domain perilaku berdasarkan *mean* yang sama sebesar 11,2 (60%) sebagai *cut of point*, yaitu responden dengan nilai $> 11,2$ dikategorikan pengetahuan tinggi, sikap positif, dan praktik gizi baik. Apabila nilai responden $\leq 11,2$ dikategorikan pengetahuan rendah, sikap negatif, dan praktik gizi kurang baik. Hasil yang

diperoleh adalah sebagian besar (71,3%) mempunyai pengetahuan rendah, 66,10% mempunyai sikap positif dan 61,5% melakukan praktik gizi baik.

Tabel 5.4
Distribusi peran keluarga, peran guru, peran teman sebaya, dan peran media massa terhadap anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu, Mei 2011 (n=174)

Variabel	Mean	Standar Deviasi	95% CI
Peran keluarga	16,26	2,79	15,85 – 16,68
Peran guru	13,99	3,01	13,54 – 14,44
Peran teman sebaya	8,92	1,68	8,67 – 9,17
Peran media massa	9,87	2,33	9,52 – 10,22

Hasil penelitian diperoleh rata-rata skor peran keluarga terkait prinsip gizi seimbang untuk anak usia sekolah adalah 16,26 dengan standar deviasi 2,79. Estimasi interval disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata skor peran keluarga diantara 15,85 sampai dengan 16,68. Peran keluarga dianalisis lanjut untuk dikategorikan, *mean* sebagai *cut of point* yaitu apabila nilai responden $> 16,26$ dikategorikan peran keluarga baik, jika nilai $\leq 16,26$ dikategorikan peran keluarga kurang baik. Hasil yang diperoleh adalah lebih sebagian peran keluarga terhadap perilaku gizi anak usia sekolah adalah baik sebesar 52,87%.

Hasil analisis peran guru sesuai TRIAS UKS terkait prinsip gizi seimbang diperoleh skor rata-rata sebesar 13,99 dengan standar deviasi 3,01. Hasil estimasi interval diyakini 95% rata-rata skor peran guru diantara 13,54 sampai dengan 14,44. Analisis lanjut dengan melakukan kategorisasi berdasarkan *mean* sebagai *cut of point* yaitu apabila nilai responden $> 13,99$ dikategorikan peran guru baik, nilai $\leq 13,99$ dikategorikan peran guru kurang baik. Hasil yang diperoleh adalah hasil lebih sebagian peran guru baik sebesar 56,9%.

Hasil analisis tentang peran teman sebaya terhadap perilaku gizi anak usia sekolah pada tabel 5.4 diperoleh skor rata-rata sebesar 8,92 dengan standar deviasi 1,68. Hasil estimasi disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata skor

peran teman sebaya adalah diantara 8,67 sampai dengan 9,17. Analisis lanjutan dengan melakukan kategorisasi berdasarkan mean sebagai *cut of point* yaitu apabila nilai responden $> 8,92$ dikategorikan peran teman sebaya baik, jika nilai $\leq 8,92$ dikategorikan peran teman sebaya kurang baik. Hasil yang ditemukan adalah sebagian besar teman sebaya berperan baik terkait prinsip gizi seimbang sebesar 63,22%.

Rata-rata skor peran media massa dalam membentuk perilaku gizi anak usia sekolah adalah 9,87 dengan standar deviasi sebesar 2,33. Hasil estimasi interval disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata skor peran media massa adalah diantara 9,52 sampai dengan 9,22. Analisis lanjut untuk kategorisasi berdasarkan *mean* sebagai *cut of point* yaitu nilai responden $> 9,87$ dikategorikan peran media massa baik, jika nilai $\leq 9,87$ dikategorikan peran media massa kurang baik terkait prinsip gizi seimbang. Hasil yang diperoleh adalah lebih sebagian (55,20%) peran media massa baik dalam membentuk perilaku gizi anak usia sekolah.

5.3 Hubungan Peran Keluarga, Guru, Teman Sebaya, dan Media Massa dengan Perilaku Gizi

Perilaku gizi dalam penelitian ini berkedudukan sebagai variabel dependen. Peran keluarga, guru, teman sebaya, dan media massa berkedudukan sebagai variabel independen. Analisis bivariat menggunakan uji korelasi *Pearson Product Momen* dan dilanjutkan ke uji regresi pada variabel yang menunjukkan hubungan bermakna ($\rho < 0,05$).

Tabel 5.5

Analisis korelasi peran keluarga, guru, teman sebaya dan media massa dengan perilaku gizi anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu, Mei 2011 (n=174)

Variabel	r	P value
Peran keluarga	0,16	0,04
Peran guru	0,08	0,28
Peran teman	0,08	0,27
Peran media	0,24	0,001

Hasil uji statistik pada tabel 5.5 menunjukkan terdapat hubungan bermakna ($\rho < 0,05$) antara peran keluarga sebagai promosi kesehatan, penyedia makanan, dan *modelling* dengan perilaku gizi anak usia sekolah. Hubungan peran keluarga dengan perilaku gizi anak usia sekolah dasar mempunyai hubungan lemah ($r=0,16$) berpola positif, hal ini menunjukkan semakin besar atau semakin baik peran keluarga akan semakin besar atau baik perilaku gizi anak usia sekolah.

Hasil uji statistik tabel 5.5 menunjukkan tidak terdapat hubungan antara peran guru dengan perilaku gizi anak usia sekolah ($\rho > 0,05$). Hal ini menunjukkan belum terlihat peran guru yang bermakna terhadap perilaku gizi anak usia sekolah. Uji statistik tidak dilanjutkan ke analisis regresi.

Hasil analisis pada tabel 5.5 menunjukkan tidak terdapat hubungan antara peran teman sebaya dengan perilaku gizi anak usia sekolah dasar ($\rho > 0,05$), sehingga tidak dilanjutkan ke uji regresi. Temuan ini menunjukkan teman sebaya tidak memberi peran secara optimal terhadap perilaku gizi anak usia sekolah dasar.

Hasil tabel 5.5 menunjukkan terdapat hubungan linier ($\rho < 0,05$) antara peran media massa dengan perilaku gizi anak usia sekolah dan berpola positif, meskipun hubungan lemah ($r= 0,24$). Hal ini menunjukkan semakin besar peranan media massa dalam memberi promosi kesehatan terkait gizi maka akan semakin besar perilaku gizi yang baik pada anak usia sekolah dasar.

5.4 Faktor dominan (keluarga, guru, teman sebaya, media massa) yang berhubungan dengan perilaku gizi anak usia sekolah dasar

Perilaku gizi anak usia sekolah dapat dipengaruhi atau berhubungan oleh beberapa faktor seperti peran keluarga, peran guru, peran teman sebaya dan peran media massa. Berdasarkan adanya beberapa faktor independen dalam hal yang dapat mempengaruhi atau berhubungan dengan faktor dependen, maka sangat penting untuk melakukan tehnik analisis multivariat. Analisis multivariat memerlukan berapa tahap yaitu seleksi bivariat, pemodelan

multivariat, dan uji asumsi. Berikut ini akan diuraikan tahapan tentang hasil analisis multivariat dengan uji regresi linier berganda.

Langkah pertama yang dilakukan adalah seleksi bivariat. Dua variabel memenuhi syarat masuk ke model multivariat yang ρ value $< 0,25$ yaitu peran keluarga ($\rho = 0,041$) dan peran media massa ($\rho = 0,001$). Variabel peran guru dan teman sebaya tidak memenuhi syarat masuk ke model multivariat, tetapi secara substansi sangat penting berhubungan dengan variabel perilaku gizi, maka variabel tersebut dapat diikutkan dalam model multivariat. Penelitian kualitatif oleh Graham *et al* terhadap 12 guru di Melbourne (2000) memperoleh hasil bahwa setiap guru merasa terlibat dalam memberikan nasehat gizi pada anak sekolah. Edelman dan Mandle (2010) menyatakan teman sebaya mempunyai pengaruh besar terhadap pemilihan makanan anak usia sekolah dibandingkan dengan keluarga.

Langkah kedua adalah pemodelan multivariat dengan cara melakukan analisis multivariat secara bersama-sama. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel 5.6 berikut.

Tabel 5.6

Hasil analisis pemodelan multivariat variabel peran keluarga, guru, teman sebaya, dan media massa dengan perilaku gizi anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu, Mei 2011

No	Variabel	P value	P value (ANOVA)	R	R Square
1.	Peran keluarga	0,17	0,017	0,26	0,069
2.	Peran guru	0,82			
3.	Peran teman	0,81			
4.	Peran media	0,006			

Hasil uji yang didapatkan nilai R Square sebesar 0,069, artinya keempat variabel dapat menjelaskan variabel perilaku gizi sebesar 6,9%, sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel lain. Dari hasil uji statistik (ANOVA) didapatkan ρ value sebesar 0,017 berarti persamaan garis regresi secara

keseluruhan sudah signifikan. Hasil p value masing-masing variabel, hanya satu variabel (peran media massa) yang mempunyai $p < 0,05$ yaitu sebesar 0,006 yang berarti hanya satu variabel yang valid dalam model.

Langkah selanjutnya untuk pemodelan adalah pengeluaran variabel secara bertahap yang mempunyai nilai $p > 0,05$. Analisis yang digunakan adalah regresi linier berganda dengan metode ENTER. Pengeluaran variabel dimulai dari p value yang terbesar yaitu peran guru, teman sebaya dan peran keluarga. Hasil analisis dan perhitungan nilai koefisien B pada tabel 5.7, 5.8, dan 5.9 di bawah ini.

Tabel 5.7
Hasil analisis R Square dan perubahan koefisien B setelah variabel peran guru dikeluarkan (n=174)

Variabel	Peran guru ada	Peran guru dikeluarkan	Perubahan Coef. B	P value	R Square
Keluarga	0,094	0,089	5,3%	0,17	0,068
Guru	-0,015	-	-	-	
Teman	-0,027	-0,031	14,81%	0,78	
Media	0,225	0,222	1,3%	0,006	

Tabel 5.9 menunjukkan masih terdapat variabel yang mempunyai $p > 0,05$ dan tidak terdapat perubahan nilai R Square setelah dikeluarkan variabel guru sehingga masih diperlukan pengeluaran variabel lain, kemudian diuji dan dianalisis kembali. Hasil analisis Koefisien B menunjukkan ada perubahan nilai lebih dari 10% yaitu variabel teman sebaya sebesar 14,81% setelah variabel guru dikeluarkan, sehingga variabel guru tidak dikeluarkan dari model atau tetap dipertahankan. Selanjutnya uji coba dilakukan kembali dengan mengeluarkan variabel teman sebaya, berikut pada tabel 5.8.

Tabel 5.8
Hasil analisis R Square dan perubahan Coefisien B setelah variabel teman sebaya dikeluarkan

Variabel	Peran teman ada	Peran teman dikeluarkan	Perubahan Coef. B	P value	R Square
Keluarga	0,094	0,901	3,2 %	0,177	0,068
Guru	-0,015	-0,017	13,3%	0,784	
Teman	-0,027	-	-	-	
Media	0,225	0,220	2,2%	0,005	

Hasil tabel di atas memperlihatkan terjadi perubahan lebih dari 10% pada Coefisien B variabel guru yaitu 133,3% setelah dikeluarkan variabel teman sebaya. Hal ini berarti variabel teman sebaya tidak dikeluarkan dari pemodelan. Hasil p value masih terdapat nilai $> 0,05$ sehingga variabel keluarga perlu dikeluarkan untuk melihat kembali p value dan perubahan Coefisien B.

Tabel 5.9
Hasil analisis R Square dan perubahan Coefisien B setelah variabel keluarga dikeluarkan (n=174)

Variabel	Peran keluarga masih ada	Peran keluarga dikeluarkan	Perubahan Coef. B	P value	R Square
Keluarga	0,094	-	-	-	0,058
Guru	-0,015	0,011	26,66 %	0,86	
Teman	-0,027	-0,003	88,88 %	0,98	
Media	0,225	0,236	4,8 %	0,004	

Hasil analisis pada tabel di atas menunjukkan ada perubahan nilai R Square dan perubahan lebih dari 10% pada Coefisien B variabel guru sebesar 26,66% dan teman sebaya sebesar 88,88% sehingga variabel keluarga tetap dipertahankan dalam model. Uji coba tidak dilanjutkan karena semua variabel yang mempunyai p value $> 0,05$ telah diuji coba, kecuali variabel media massa belum dikeluarkan tetapi mempunyai p value $< 0,05$. Kesimpulan ditarik yaitu variabel yang ikut dalam analisis multivariat adalah media massa, keluarga, guru dan teman sebaya. Pemodelan terakhir dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.10

Pemodelan akhir multivariat regresi linier berganda hubungan peran keluarga, guru, teman sebaya dan media massa dengan perilaku gizi anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu, Mei 2011 (n=174)

Variabel	B	P value (Anova)	R	R ²
Keluarga	0,094	0,017	0,26	0,069
Guru	-0,015			
Teman sebaya	-0,027			
Media massa	0,225			

Tabel 5.10 menunjukkan pemodelan terakhir berdasarkan analisa output bahwa model regresi yang diperoleh dapat menjelaskan 6,9% variasi variabel perilaku gizi. Pada alpha 5%, dapat dinyatakan bahwa model regresi cocok dengan data yang ada atau variabel independen dapat memprediksi variabel perilaku gizi (p value < alpha). Hasil koefisien determinasi (R^2) adalah 0,069, hal ini berarti bahwa peran keluarga, guru, teman sebaya, dan media massa dapat menjelaskan variabel perilaku gizi anak usia sekolah sebesar 6,9 % dan sisanya dapat dijelaskan oleh variabel lain.

Langkah ketiga yang dilakukan untuk multivariat regresi linier berganda adalah uji asumsi. Uji asumsi dilakukan agar persamaan garis yang digunakan untuk memprediksi variabel determinan peran keluarga, guru, teman sebaya dan media massa dengan perilaku gizi anak usia sekolah dapat menghasilkan angka yang valid. Beberapa asumsi yang harus dipenuhi adalah asumsi eksistensi, asumsi independensi, asumsi linearitas, asumsi *homoscedascity*, asumsi normalitas, dan diagnostik *multicollinearity*. Hasil uji asumsi yang dilakukan dapat dilihat pada tabel 5.11 berikut.

Tabel 5.11

Hasil uji asumsi terhadap persamaan garis hasil analisis regresi linier terhadap perilaku gizi anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu, Mei 2011 (n=174)

Residual statistic	Uji Durbin Watson	Uji Anova	VIF	Scatter Plot	Histogram & P-P Plot
Mean= 0,000 SD= 2,242	1,64	0,017	1,256	Menyebar merata di sekitar titik nol dan tidak berpola	Bentuk kurva normal, data menyebar di sekitar garis diagonal dan mengikuti arah garis diagonal

Berdasarkan hasil enam pengujian asumsi yang dilakukan maka dapat diketahui bahwa model persamaan regresi yang dihasilkan seperti pada tabel 5.13 telah memenuhi uji eksistensi, yaitu sampel yang diambil telah dilakukan secara random atau acak, residual statistik diperoleh hasil mean= 0,000 dan terdapat sebaran (SD= 2,24).

Pengujian selanjutnya adalah uji independensi dengan melihat nilai Durbin Watson, hasil yang diperoleh sebesar 1,64. Hal ini berarti telah memenuhi asumsi independensi karena nilai tersebut terletak diantara -2 sampai dengan 2. Asumsi ketiga yaitu linearitas telah memenuhi karena berdasarkan hasil uji ANOVA diperoleh hasil P value < alpha ($\rho = 0,017$). Hal ini menunjukkan model berbentuk linier.

Pengujian berikut adalah asumsi *homoscedascity*. Tabel 5.11 menunjukkan hasil pembuatan plot residual menyebar merata di sekitar titik nol dan tidak berpola tertentu, hal ini dikatakan telah memenuhi asumsi *homoscedascity*. Asumsi normalitas telah memenuhi karena hasil histogram membentuk kurva normal dan gambar P-P Plot memperlihatkan adanya data yang menyebar di sekitar garis diagonal dan mengikuti arah garis diagonal. Pengujian terakhir adalah diagnostik *multicollinearity*. Hasil yang diperoleh adalah nilai VIF tertinggi sebesar 1,256 atau tidak terdapat nilai VIF yang melebihi nilai 10.

Dengan demikian tidak ada *multicollinearity* antara sesama variabel independen, atau diagnostik *multicollinearity* terpenuhi. Kesimpulan dibuat bahwa semua uji asumsi telah memenuhi persyaratan sehingga model untuk multivariat dapat digunakan dengan persamaan terakhir model regresi linier berganda dapat dilihat di bawah ini:

$$\text{Perilaku gizi} = 26,58 + 0,094^* \text{keluarga} - 0,015^* \text{guru} - 0,027^* \text{teman sebaya} + 0,225^* \text{media massa}$$

Model persamaan garis regresi di atas dapat memperkirakan perilaku gizi anak usia sekolah dasar dengan menggunakan variabel peran keluarga, peran guru, peran teman sebaya, dan peran media massa. Persamaan tersebut menunjukkan setiap kenaikan satu skor peran keluarga maka akan meningkatkan 0,094 poin skor perilaku gizi setelah dikontrol variabel peran guru, teman sebaya, dan media massa. Skor Peran guru menurun satu poin akan mengurangi skor perilaku gizi sebesar 0,015 poin setelah dikontrol variabel keluarga, teman sebaya dan media massa. Skor Peran teman sebaya menurun satu poin akan mengurangi perilaku gizi sebesar 0,027 poin setelah dikontrol peran keluarga, guru, dan media massa. Skor peran media massa bertambah satu poin akan meningkatkan skor perilaku gizi sebesar 0,225 poin setelah dikontrol peran keluarga, guru, dan teman sebaya. Hasil koefisien determinasi (R^2) adalah 0,069, hal ini berarti bahwa peran keluarga, guru, teman sebaya, dan media massa dapat menjelaskan variabel perilaku gizi anak usia sekolah sebesar 6,9 % dan sisanya dapat dijelaskan oleh variabel lain seperti karakteristik keluarga, faktor predisposisi dan faktor pemungkin yang berhubungan dengan perilaku gizi anak usia sekolah.

Kesimpulan hasil analisis korelasi dan regresi, variabel peran media massa merupakan faktor dominan yang berhubungan dengan perilaku gizi. Perilaku gizi anak usia sekolah dasar akan meningkat jika peran media massa dan keluarga ditingkatkan, sebaliknya peran guru dan teman sebaya yang kurang optimal harus dikurangi agar perilaku gizi meningkat.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini akan dibahas tentang hasil penelitian tentang hubungan peran keluarga, guru, teman sebaya, dan media massa dengan perilaku gizi anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu. Interpretasi dan diskusi hasil membahas tentang kesenjangan maupun kesesuaian antara hasil penelitian yang dilakukan dengan hasil penelitian terkait disertai teoritis yang mendasarinya, keterbatasan penelitian, dan implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan dan perkembangan ilmu keperawatan komunitas.

6.1 Karakteristik Anak Usia Sekolah

Karakteristik anak usia sekolah dari 174 anak berdasarkan jenis kelamin lebih dari sebagian berjenis kelamin perempuan, rata-rata umur sebesar 10, 67 tahun, rata-rata tinggi badan sebesar 134 cm, dan rata-rata berat badan sebesar 32,94 kg. Status gizi berdasarkan KMS-AS dan perhitungan IMT, sebagian besar gizi normal. Status gizi tidak normal sebagian besar dengan status gizi lebih. Hasil analisis lanjut tentang status gizi berdasarkan perhitungan IMT rata-rata, terlihat kecenderungan terjadi gizi lebih.

Hasil penelitian diperoleh masalah gizi lebih 10 kali lebih banyak dari gizi kurang dan terbanyak pada jenis kelamin perempuan. Hal ini menunjukkan terjadi fenomena pergeseran dari masalah gizi kurang menjadi masalah gizi lebih. Fenomena gizi lebih pada anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura sejalan dengan kekhawatiran Kementerian Kesehatan R.I (2011) bahwa masalah gizi lebih merupakan ancaman masa depan anak Indonesia. Kurniasih dkk (2010) sependapat dengan temuan penelitian bahwa masalah kelebihan gizi sering dijumpai pada negara berkembang termasuk Indonesia. Edelman dan Mandle (2010) mengungkapkan bahwa gizi lebih merupakan masalah gizi utama yang terjadi pada negara maju seperti Amerika Serikat. Namun, kenyataan dekade akhir ini masalah gizi lebih tidak hanya terjadi di negara maju, tetapi kecenderungan ini mulai terlihat di negara

berkembang seperti Indonesia juga sudah mulai menjadi fenomena, bahkan terjadi di kota kecil seperti di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura. Gizi kurang juga masih ditemukan, meskipun terjadi kecenderungan penurunan.

Kejadian gizi lebih terbanyak pada jenis kelamin perempuan. Hasil penelitian ini sejalan dengan Hockenberry dan Wilson (2009) yang menyatakan bahwa sebagian besar berat badan perempuan melebihi berat badan laki-laki menjelang akhir usia sekolah. Pilliteni (2003) peningkatan tinggi badan anak perempuan lebih cepat dua tahun dibandingkan anak laki-laki. Peningkatan tinggi badan anak perempuan akan berhenti setelah tiga tahun menstruasi. Persentase lemak meningkat pada anak perempuan, dan pembentukan otot pada anak laki-laki.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan Sulistyoningsih (2010) yang menyatakan persentase lemak tubuh perempuan mengalami peningkatan lebih dini dan lebih tinggi dari laki-laki pada masa pubertas (10-19 tahun) serta laki-laki memiliki massa tubuh lebih tipis. Hal ini juga didukung penelitian yang dilakukan oleh Pelegrini *et al* (2008) terhadap 36.976 anak usia sekolah (10-15 tahun) di Brazil, ditemukan 12,3% anak perempuan dan 11,6% anak laki-laki yang memiliki berat badan lebih (*overweight*).

Analisis lebih lanjut tentang perilaku gizi responden dengan status gizi lebih ditemukan lebih dari sebagian memiliki pengetahuan, sikap dan praktik gizi yang rendah. Temuan ini didukung oleh teori Green dan Kreuter (2005) yang menyatakan bahwa status kesehatan (status gizi) dipengaruhi oleh perilaku individu, sedangkan perilaku dipengaruhi oleh antara lain pengetahuan dan sikap. Hal ini sejalan dengan penelitian Choi *et al* (2008) yaitu terdapat korelasi positif antara pengetahuan dan sikap anak terhadap perilaku gizi SD kelas 4, 5, dan 6 di Seoul. Hal ini menunjukkan semakin tinggi pengetahuan dan sikap, semakin baik perilaku gizi, sebaliknya makin rendah pengetahuan dan sikap akan semakin kurang baik perilaku gizi anak SD kelas 4,5, dan 6 di Seoul.

Analisis lebih dalam hasil penelitian tentang perilaku gizi pada anak dengan gizi lebih berdasarkan praktik gizi, diperoleh data yang mendukung terjadi gizi lebih antara lain kebiasaan tidak makan buah secara rutin sebesar 65,39%, kebiasaan jajan setiap hari sebesar 59,62%, hampir sepertiga (28,85%) tidak makan sayur secara rutin dan sepertiga (38,46%) diantaranya aktifitas fisik kurang. Temuan penelitian tentang kebiasaan makan didukung oleh pendapat Allender dan Spradley (2005) bahwa masalah gizi lebih terjadi akibat pemilihan makanan yang tidak tepat atau makan yang berlebihan.

Temuan penelitian sejalan dengan survey yang dilakukan oleh CDC Amerika (2001) yaitu terdapat hubungan anak usia sekolah yang mengalami gizi lebih dengan kebiasaan makan sayur dan buah kurang dari lima porsi sehari. Hasil ini diperkuat oleh *mathematic policy research* dalam Maurer dan Smith (2005) menyatakan gizi lebih akibat kurang mengkonsumsi buah-buahan, Muscary (2001) anak usia sekolah tidak suka mengkonsumsi sayur, dan Edelman dan Mandle (2010) berpendapat gizi lebih anak usia sekolah karena kurang mengkonsumsi makanan yang mengandung vitamin C. Kurniasih dkk (2010) menjelaskan vitamin C banyak terdapat pada buah dan sayur.

Temuan tentang kebiasaan anak jajan setiap hari dengan gizi lebih didukung oleh penelitian Jahns, Siegaritz, dan Popkin (2001, dalam Allender dan Spradley, 2005) yang menyatakan terdapat hubungan kejadian gizi lebih pada anak usia sekolah dengan peningkatan kebiasaan jajan makanan ringan. Survey BPOM (2008) menyatakan jajanan berkontribusi terhadap pemenuhan kebutuhan energi sebesar 31%, dimana sumber energi terbesar berasal dari karbohidrat. Hal ini sejalan dengan pendapat Sulistyoningih (2010) yang menyatakan bahwa asupan karbohidrat yang berlebihan dapat menyebabkan kelebihan berat badan. Maurer dan Smith (2005) mendukung terjadi gizi lebih pada anak usia sekolah yaitu berlebihan dalam mengkonsumsi makanan tinggi gula dan lemak. Dukungan dari Edelman dan Mandle (2010) menyatakan kejadian obesitas anak usia sekolah di Amerika karena kecenderungan mengkonsumsi makanan tinggi lemak.

Gizi lebih dapat diakibatkan juga oleh kurang aktifitas fisik. Kurniasih dkk (2010) mengatakan bahwa aktifitas santai yang diikuti dengan makan berlebihan akan menyebabkan kegemukan. Hal ini didukung oleh pendapat Edelman dan Mandle (2010) yang menyatakan aktifitas fisik yang kurang mendukung terjadi berat badan lebih. Sulistyoningsih (2011) mendukung bahwa kejadian obesitas pada anak karena asupan energi yang masuk tidak seimbang dengan aktifitas fisik yang kurang. Pender, Murdaugh dan Parson (2006) mengatakan tentang aktifitas fisik yang teratur mengurangi risiko berat badan lebih.

Berat badan lebih perlu untuk dicegah atau diturunkan karena dapat berdampak pada timbulnya berbagai penyakit dan masalah psikologis. Dampak berat badan lebih didukung oleh Allender dan Spradley (2005) yang menyatakan bahwa berat badan lebih khususnya obesitas merupakan faktor risiko terjadi penyakit kardiovaskuler dan diabetes. Edelman dan Mandle (2010) memperkuat bahwa obesitas faktor risiko hipertensi, *sleep apneu*, masalah orthopedi, resistensi insulin, *hiperlipidemia*, bahkan dampak psikologis berupa gangguan gambaran tubuh dan harga diri rendah, selanjutnya terjadi isolasi sosial yang berpengaruh terhadap perkembangan anak. Oleh sebab itu, perlu ada dukungan dari keluarga untuk melaksanakan prinsip gizi seimbang. Sosialisasi dan penyebaran informasi melalui media massa untuk merubah paradigma “anak gemuk adalah sehat” dengan dukungan Pemerintah dan instansi yang terkait. Guru dan teman sebaya yang merupakan *modelling* anak usia sekolah dapat menjadi kader kesehatan di sekolah sebagai *edukator* untuk praktik gizi seimbang dan pencapaian berat badan ideal.

Kesimpulan hasil penelitian tentang kejadian gizi lebih diakibatkan perilaku gizi yang rendah meliputi pengetahuan, sikap, dan praktik yang rendah terhadap prinsip gizi seimbang. Praktik gizi meliputi pemilihan makanan yang tidak tepat termasuk rendah makan sayur dan buah yang mengandung serat tinggi, kebiasaan jajan yang tinggi dan aktifitas fisik yang kurang.

6.2 Gambaran perilaku gizi anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota palu.

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata perilaku gizi anak usia sekolah kategori baik. Analisis lanjut perilaku gizi berdasarkan domainnya dengan menggunakan standar keberhasilan pencapaian perilaku (pengetahuan, sikap, praktik) oleh Depdiknas (2008) sebesar 60%, diperoleh domain tertinggi adalah sikap dan terendah adalah pengetahuan.

Masing-masing domain perilaku dianalisis, diperoleh hasil sebagian besar responden (71,3%) memiliki pengetahuan rendah dengan rincian jawaban responden yang salah yaitu 50% pengertian gizi, 52% sumber makanan yang mengandung karbohidrat dan protein, 51,7% air yang aman untuk diminum, dan 67,2% cara mencuci tangan yang benar. Domain sikap diperoleh sebagian besar (66,10%) responden mempunyai sikap positif terhadap prinsip gizi seimbang. Sikap negatif tertinggi di atas 50% adalah sikap tidak setuju terhadap mengkonsumsi makan sayur yang berwarna hijau. Sedangkan domain praktik gizi didapatkan sebagian besar (61,5%) praktik baik, kecuali kebiasaan makan buah rendah sebesar 59,8% dan kebiasaan jajan sebesar 47,1%. Salah satu prinsip gizi seimbang yang tidak dilakukan adalah pemantauan berat badan ideal secara rutin minimal enam bulan sekali. Adapun jika dilakukan sekali-sekali, hanya untuk mengetahui berat badan tetapi interpretasi terhadap berat badan ideal dan status gizi tidak diketahui. Hasil ini berdasarkan konfirmasi dari semua responden dan guru.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Taylor, Evers, dan McKenna (2004) yang menganalisis beberapa hasil penelitian yang dipublikasikan dari Januari 1992 sampai dengan Maret 2003 di Kanada terkait faktor determinan perilaku makan anak. Analisis dilakukan pada lima hasil penelitian yang meneliti tentang pengetahuan gizi, pada umumnya penelitian tersebut memperoleh hasil tingkat pengetahuan tentang gizi pada anak dan remaja adalah rendah termasuk pemahaman yang rendah terhadap pemilihan makanan, aktifitas fisik, dan kesehatan. Pengetahuan tidak seiring dengan perilaku gizi, dimana pengetahuan rendah tetapi memiliki perilaku gizi baik.

Hal ini terjadi akibat beberapa faktor determinan dari individu yang saling terkait dengan pengetahuan dan sulit untuk dikaji.

Analisis peneliti adalah pengetahuan tentang gizi rendah karena kurang informasi tentang prinsip gizi seimbang khususnya dari petugas kesehatan Puskesmas Mabelopura. Hal ini diakui oleh petugas UKS Puskesmas Mabelopura bahwa penyuluhan gizi secara detail tidak pernah dilakukan. Penyuluhan tentang PHBS diberikan hanya pada kelas satu, sehingga informasi yang pernah di peroleh pada waktu kelas satu sudah hilang. Petugas UKS mengatakan bahwa akan lebih aktif melakukan penyuluhan kesehatan termasuk penyuluhan tentang gizi seimbang di sekolah di masa akan datang.

Sikap dan praktik baik dapat disebabkan adanya stimulus *role model* atau ketersediaan makanan bergizi dari lingkungan keluarga atau masyarakat sekitar. Praktik gizi yang baik sudah merupakan rutinitas dari lingkungan keluarga atau mencontoh perilaku orangtua atau orang di sekelilingnya. Temuan ini sejalan dengan pendapat Notoatmojo (2010) bahwa reaksi atau respons seseorang terhadap stimulus dapat berasal dari dalam diri atau lingkungan. Lanjut menurut Notoatmojo bahwa praktik dapat terjadi hanya sebagai rutinitas. Hasil penelitian tersebut juga di dukung oleh Grodner, Long, dan Walkingshaw (2007) bahwa perilaku anak-anak dapat dipengaruhi oleh perilaku orang dewasa. Hasil penelitian Lowe *et al* (2004) mendukung yang menyatakan bahwa perilaku makan anak dapat ditentukan oleh hasil mencontoh perilaku keluarga.

Perilaku gizi responden menunjukkan sikap dan praktik gizi lebih tinggi daripada pengetahuan yang dimiliki. Hasil penelitian ini menggambarkan praktik gizi responden yang baik tidak selalu ditentukan oleh pengetahuan yang tinggi. Idealnya, praktik tinggi atau baik karena memiliki sikap dan pengetahuan yang tinggi. Pengetahuan yang tinggi terhadap sesuatu hal yang positif sangat mendukung terbentuknya praktik yang lebih baik. Hal ini dapat membentuk perilaku yang baik dan mengaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari sampai seterusnya, serta dapat menularkan perilaku yang baik tersebut kepada orang-orang di sekitarnya. Sikap dan praktik yang baik tetapi tidak

didasari pengetahuan dan keyakinan yang kokoh, akan menurunkan sikap dan praktik yang baik.

Notoatmojo (2010) menyatakan pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Penelitian Ristiani (2009) membuktikan pada 89 siswa SD yang menghasilkan simpulan yaitu terdapat hubungan bermakna antara pengetahuan tentang sarapan dengan tindakan sarapan ($\rho= 0,002$), artinya semakin tinggi pengetahuan tentang sarapan maka semakin baik perilaku sarapan anak SD.

Anak usia sekolah sangat perlu diberikan pemahaman atau pengetahuan tentang prinsip gizi seimbang. Pengetahuan yang dimiliki akan membentuk perilaku sehingga dapat diaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari. Hitchcock, Schubert dan Thomas (1999) juga menyatakan bahwa makan makanan bergizi merupakan salah satu aktifitas perilaku sehat. Lanjut Notoatmojo (2007) menyatakan bahwa salah satu perilaku pemeliharaan kesehatan adalah perilaku gizi yaitu minum dan makan dengan menu seimbang. Praktik yang baik termasuk praktik gizi seimbang dan dapat dikembangkan menjadi praktik atau tindakan yang berkualitas. Edelman dan Mandle (2010) sejalan tentang hal di atas, bahwa pada anak usia sekolah, pengetahuan tentang kesehatan merupakan dasar yang kuat untuk berperilaku promosi kesehatan selama di sekolah.

Hal lain yang dapat mempengaruhi pengetahuan anak usia sekolah tentang gizi rendah dan masih terdapat beberapa sikap dan praktik gizi yang kurang sehat karena pendidikan gizi belum terintegrasi dengan kurikulum sekolah. Peluang untuk peningkatan pengetahuan, sikap, dan praktik tentang prinsip gizi seimbang yaitu perlu ada dukungan pemerintah untuk memasukkan prinsip-prinsip gizi seimbang dalam pembelajaran di sekolah melalui kurikuler, kokurikuler atau ekstrakurikuler. Cara ini merupakan salah satu strategi pemerintah dalam program perbaikan gizi tahun 2010-2014. Upaya ini dapat terwujud apabila ada kerjasama antara Dinas Kesehatan dan Dinas Pendidikan.

Pendidikan gizi yang terintegrasi dengan kurikulum sekolah dapat meningkatkan penyuluhan dan aplikasi prinsip gizi seimbang, pemberdayaan petugas UKS atau petugas kesehatan yang terkait sehingga sikap dan praktik gizi yang cukup baik tersebut dapat dipertahankan bahkan perilaku sehat lebih optimal. Peran perawat komunitas dalam melakukan prevensi primer dan sekunder sangat diharapkan.

6.3 Hubungan peran keluarga dengan perilaku gizi

Hasil analisis univariat menunjukkan peran keluarga terhadap anak usia sekolah dasar terkait prinsip gizi, sebagian besar diperoleh skor yang baik. Peran keluarga meliputi sebagai promosi kesehatan, penyedia, dan sebagai contoh. Sebagian besar ketiga peran keluarga tersebut adalah baik, meskipun masih terdapat beberapa item peran keluarga belum optimal.

Analisis bivariat ditemukan terdapat hubungan yang bermakna dan korelasi positif antara peran keluarga dengan perilaku gizi sehat anak usia sekolah dasar. Hal ini menunjukkan semakin besar peran keluarga akan semakin tinggi atau baik perilaku gizi anak. Temuan ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Friedman, Bowden dan Jones (2003) bahwa keluarga merupakan unit dasar dalam masyarakat dan merupakan lembaga sosial yang memiliki pengaruh paling besar terhadap anggotanya, menjadi penentu keberhasilan atau kegagalan dari anggota keluarga. Hal ini berarti keluarga memiliki pengaruh dan penentu keberhasilan atau kegagalan anak dalam berperilaku gizi yang baik. Keluarga berfungsi sebagai promosi kesehatan (prinsip gizi seimbang) pada anggota keluarga. Semakin sering keluarga melakukan promosi kesehatan gizi pada anak dan anggota keluarga lainnya maka perilaku gizi keluarga semakin baik. Peran keluarga sebagai promosi kesehatan diperkuat oleh pernyataan Komite Nutrisi (1998) dalam Stanhope dan Lancaster (2004) tentang peringatan pada orangtua bahwa mereka (para orangtua) adalah pengajar bagi anak-anak sepanjang masa sebagai strategi untuk mencegah sakit dan promosi kesehatan.

Lanjut menurut Friedman bahwa keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga, termasuk dalam hal penyediaan makanan bergizi

dan fasilitas prinsip gizi seimbang lainnya seperti tersedia timbangan, air bersih, tempat sampah, permainan menggunakan aktifitas fisik dan lain-lain. Gochman (1988) juga sependapat bahwa keluarga adalah faktor penting dalam melaksanakan dan mendukung perilaku kesehatan bagi anggota keluarganya.

Salah satu tugas keluarga dalam praktik keperawatan adalah praktik gizi, termasuk dalam hal ini adalah penyediaan makanan bergizi. Praktik diet keluarga yang tidak baik dapat menyebabkan gaya hidup yang tidak sehat pada anak (perilaku gizi yang tidak baik), sehingga dapat menyebabkan masalah gizi misalnya obesitas (Friedman, Bowden dan Jones, 2003). Hal ini berarti semakin baik praktik diet keluarga maka semakin baik pula perilaku gizi anggota keluarga termasuk anak usia sekolah.

Hasil penelitian ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Tibbs *et al* (2001) bahwa makanan yang disediakan keluarga mempunyai pengaruh positif terhadap kualitas makanan anak. Keluarga yang sering mengkonsumsi buah-buahan, sayuran, produk susu dan makanan bergizi lain membuat anak juga sering mengkonsumsi makanan bergizi tersebut. Ketersediaan makanan dan paparan oleh keluarga terkait erat dengan pola makan anak. Masalah ini terbukti dari hasil penelitian yaitu sebagian besar (59,8%) responden tidak mengkonsumsi buah secara rutin karena pada umumnya keluarga responden tidak menyediakan buah secara rutin kecuali anak memesan atau meminta buah sebesar 69%, responden makan sayur setiap hari sebesar 82,8% dan keluarga menyediakan sayur setiap hari sebesar 89,1%, responden sarapan setiap hari sebesar 92,5% dan keluarga menyediakan sarapan setiap hari sebesar 91,4%. Analisis lebih dalam ditemukan korelasi positif antara peran keluarga sebagai penyedia dengan praktik gizi ($\rho=0,004$, $r=0,22$).

Hasil penelitian didukung oleh penelitian Taylor, Evers, dan McKenna (2004) dengan mengumpulkan beberapa hasil penelitian yang dipublikasikan dari Januari 1992 sampai dengan Maret 2003 di Kanada tentang faktor determinan terhadap perilaku makan anak. Salah satu kesimpulan penelitian tersebut yaitu semakin sering anak terpapar dan tersedia makanan yang sehat maka menyebabkan pola makan anak juga sehat. Sebagai contoh untuk memperkuat

temuan penelitian dilaporkan Capaldi (1996), Birch, (1999), Reynolds *et al*, (2000) bahwa paparan dan ketersediaan buah-buahan dan sayuran yang rendah menyebabkan anak kurang menyukai rasa buah dan sayuran. Kondisi tersebut dapat menyebabkan terjadi perilaku gizi tidak seimbang pada anak atau anggota keluarga yang lain.

Penyediaan makanan dan paparan, cara pengolahan serta rasa makanan juga sangat penting diperhatikan oleh keluarga. Shepherd *et al* (2001) melaporkan bahwa meskipun keluarga makan makanan bergizi di rumah tetapi anak tidak selalu menyukainya. Hal ini menunjukkan makanan dalam keluarga tidak selalu menunjukkan kualitas pola atau perilaku makan anak.

Hasil Shepherd *et al* didukung oleh penelitian Wardle *et al* (2003) menyatakan bahwa rasa makanan yang sesuai selera, rasa yang bervariasi dapat meningkatkan pilihan atau mengkonsumsi makanan tersebut. Beberapa penelitian sukses meningkatkan anak mengkonsumsi makanan sehat karena dibuat variasi makanan (Baer *et al* 1987); perilaku makan anak dapat ditentukan oleh pilihan atau kegemaran pada makanan tersebut (Drewnoski, Henderson, & Levine, 1992); termasuk yang enak rasanya (Lytle *et al* 1997); rasa dan selera merupakan cara yang efektif untuk meningkatkan konsumsi buah dan sayuran sehingga menjamin anak akan mencicipi berkali-kali (Lowe *et al* 2004).

Selain keluarga berperan sebagai promosi kesehatan dan penyedia untuk praktik gizi, juga berperan sebagai *modelling* atau contoh perilaku gizi yang baik bagi anggota keluarga. Analisis lanjut keluarga sebagai contoh, ditemukan korelasi positif dengan praktik gizi ($\rho=0,03$, $r=0,16$). Hasil ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara keluarga memberi contoh peran dengan praktik gizi, semakin baik keluarga melakukan praktik gizi maka semakin baik pula praktik gizi anak, sebaliknya praktik gizi keluarga kurang baik, maka praktik gizi anak turut kurang baik. Hasil penelitian yang terkait peran keluarga sebagai contoh, ditemukan 89,1% keluarga terbiasa melakukan cuci tangan pakai sabun sebelum makan, diikuti oleh kebiasaan anak mencuci tangan pakai sabun sebelum makan sebesar

97,1%. Kebiasaan keluarga sarapan sebesar 84,5% dan anak sarapan setiap hari sebesar 92,5%. Kebiasaan keluarga makan sayur setiap hari sebesar 87,4% dan anak makan sayur secara rutin setiap hari sebesar 82,8%.

Temuan tersebut didukung oleh pendapat Moore (2009) bahwa orangtua mendorong, terlibat dan memberi contoh anak untuk makan makanan yang bergizi. Sulistyoningsih (2011) juga mendukung bahwa orangtua masih memegang peranan penting sebagai model bagi anak-anaknya dalam hal perilaku makan yang sehat. Pendapat yang sejalan dengan Moore dan sulistyoningsih adalah Nicklas *et al* (2001) dan Shepherd *et al* (2001) menyatakan bahwa perilaku makan anak mengikuti perilaku makan orang tua. Field *et al* (2001) mengatakan bahwa anak usia sekolah lebih mencontoh perilaku orangtua dalam melakukan pemantauan berat badan secara teratur dan diet (OR= 2,6 ; CI 95%).

Hasil penelitian dan pendapat tersebut dibuktikan oleh penelitian tentang mencontoh keluarga khususnya ibu yang dilakukan Oliveria *et al*, (1992) menyatakan bahwa ibu mempunyai hubungan kuat sebagai model bagi perilaku makan anak dibanding ayah. Hal ini juga didukung oleh Neumark *et al*, (2003) bahwa ibu lebih termotivasi untuk merubah perilaku makan anak-anak mereka dan mempunyai pengetahuan yang lebih luas tentang zat-zat gizi dalam makanan dibanding ayah. Hal ini relatif lebih berhasil untuk merubah perilaku makan anak-anak mereka. Cara ini didukung oleh Jeffrey, Maria dan Susan (2004) yang menyatakan ibu cenderung lebih berpengaruh daripada ayah dalam mengambil keputusan atau membawa aspirasi anak-anaknya.

Cara lain yang dapat dilakukan keluarga dalam meningkatkan perilaku gizi yang sehat pada anak usia sekolah adalah dengan memberi *reinforcement* atau penghargaan. Cara ini sejalan dengan pendapat Cameron, Banko, dan Peirce (2001) yang mengatakan bahwa Penghargaan merupakan salah satu cara efektif untuk merubah perilaku anak termasuk perilaku makan. Penghargaan diinginkan dan menyenangkan anak. Penelitian Lowe *et al* (2004) juga membuktikan bahwa dengan penghargaan yang diberikan pada anak, meningkatkan anak dalam mengkonsumsi buah dan sayur. Penelitian quasi

eksperimen dilakukan di tiga SD di Inggris sebanyak 402 murid usia empat sampai 11 tahun. Intervensi yang diberikan berupa *peer modelling video* enam episode selama 16 hari. Cerita dalam video tersebut diperankan oleh dua anak wanita dan dua anak laki-laki sebagai pahlawan "*food dudes*" yang berjuang melawan penjahat "*junk punks*". *Food dudes* mempersenjatai diri mereka dengan makan berbagai macam buah dan sayuran. Mereka bernyanyi dan berpidato bahwa kalau ingin menguasai dunia, harus melakukan hal yang sama yaitu makan buah dan sayuran, serta barang siapa yang konsisten akan diberi hadiah berupa stiker, pensil, pulpen, penghapus dan tempat pensil oleh *food dude* melalui guru dan orang tua. Hasil menunjukkan terjadi peningkatan yang bermakna dalam mengonsumsi buah dan sayuran pada tiga SD (kelompok intervensi) dengan $p < 0.001$).

Penelitian lain menentang tentang penghargaan yang mempengaruhi perbaikan perilaku anak termasuk perilaku makan. Deci, Koestner, dan Ryan (1999) menganggap penghargaan dapat menurunkan motivasi untuk perubahan perilaku yang lain. Newman dan Taylor (1992) setuju bahwa penghargaan yang dibuat untuk mengonsumsi makanan tertentu dapat menurunkan motivasi memilih makanan lain. Cara pemberian penghargaan yang dilakukan untuk meningkatkan perilaku gizi sehat anak dapat dilakukan secara bersama-sama perilaku sehat lain. Penghargaan ini bertujuan menstimulus dan terbiasa untuk mengaplikasikan perilaku sehat secara terus-menerus.

Faktor yang lain dari keluarga terkait perilaku gizi anak selain yang telah diuraikan sebelumnya. Mc.Murray (2003) mengatakan bahwa karakteristik keluarga seperti status ekonomi, pendidikan orangtua, pengetahuan dan pekerjaan orangtua berperan terhadap pembentukan perilaku anak. Status sosial ekonomi sangat mempengaruhi kemampuan keluarga dalam penyediaan makanan dan fasilitas sehat lain. Faktor tersebut sejalan dengan teori Stanhope dan Lancaster (2004) bahwa Keluarga dengan pendapatan rendah berisiko mempunyai gizi yang kurang baik, kemiskinan berkontribusi dalam kurang mengonsumsi makanan yang bergizi. Sulistyoningsih (2011) juga sejalan

bahwa variabel ekonomi cukup dominan mempengaruhi konsumsi pangan yaitu pendapatan dan harga. Meningkatnya pendapatan keluarga akan meningkatkan peluang untuk membeli pangan dengan kuantitas dan kualitas yang lebih baik.

Beberapa hasil penelitian memperkuat tentang hubungan status ekonomi keluarga dengan pola makan sehat anak: harga makanan merupakan pertimbangan yang paling penting dalam pemilihan makanan ketika pendapatan atau penghasilan terbatas (Basiotis, Kramer, Kenedi, 1998). French (2003) sejalan bahwa keluarga dengan ekonomi rendah membuat keluarga sering membeli makanan yang tinggi lemak dan tinggi gula karena harga murah sehingga meningkatkan konsumsi terhadap makanan tersebut yang unsur gizi seimbang tidak terpenuhi.

Sebaliknya, tingginya pendapatan keluarga yang tidak diimbangi pengetahuan yang cukup, akan menyebabkan seseorang menjadi sangat konsumtif dalam pola makan sehari-hari. Hal ini terkait dengan pendidikan keluarga. Pendidikan biasanya dikaitkan dengan pengetahuan, akan berpengaruh terhadap pemilihan bahan makanan dan pemenuhan kebutuhan gizi (Sulistyoningsih, 2011). Hal ini sejalan dengan Pelto dan Backstrand (2003) yang menyatakan bahwa status pendidikan orang tua yang rendah berhubungan dengan kualitas makanan yang rendah termasuk makanan tinggi lemak dan rendah zat gizi mikro pada anak. Penelitian Choi *et al* (2008) mendapatkan kesimpulan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan ayah dan ibu, semakin tinggi sikap dan perilaku *dietary* anak dengan nilai $\rho < 0,05$.

Hasil analisis multivariat menunjukkan peran keluarga berkontribusi terhadap perilaku gizi anak usia sekolah setelah dikontrol dengan peran guru, teman sebaya, dan media massa. Temuan penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Evans *et al* (2006) melalui design kuasi eksperimen. Tujuan penelitian adalah meningkatkan konsumsi makan buah dan sayuran pada anak, perubahan lingkungan rumah dalam hal penyediaan buah dan sayur, dan dukungan sosial orangtua. Anak diberi pendidikan gizi selama 2 jam dengan 12 kali pertemuan. Anak memberi pesan atau berkampanye lewat media

televisi dan *web site* dengan slogan buah dan sayuran membuat tubuh lebih kuat, ayo makan buah dan sayuran, beli buah dan sayuran saya akan makan semuanya. Semua slogan tersebut dipertontonkan pada orangtua selama 2 minggu. Kelompok intervensi 18 siswa, kelompok kontrol 20 siswa. Hasil penelitian ditemukan intervensi lewat media efektif merubah lingkungan rumah dalam ketersediaan buah dan sayuran. Terdapat hubungan bermakna antara ketersediaan buah dan sayur dengan dukungan sosial instrumental orangtua setelah intervensi ($p < 0,04$, $t \text{ value}=2,18$), tetapi dukungan emosional tidak menunjukkan hubungan yang bermakna, terdapat hubungan motivasi anak dengan dukungan sosial orangtua setelah diintervensi ($p=0,013$), meskipun belum terjadi perubahan yang signifikan terhadap anak dalam mengkonsumsi buah dan sayuran. Hal ini menunjukkan peran keluarga perlu lebih ditingkatkan termasuk dukungan emosional sehingga dapat memperbaiki perilaku anak dalam mengkonsumsi buah dan sayuran. Perilaku gizi anak dapat ditingkatkan melalui peningkatan peran keluarga dan media massa.

Peneliti menarik kesimpulan bahwa keluarga berperan terhadap perilaku gizi sehat pada anggota keluarga termasuk anak usia sekolah. Beberapa hal yang terkait dengan Peran keluarga sebagai promosi kesehatan, penyedia, dan *modelling* antara lain status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, penghasilan, pekerjaan, dan pengetahuan keluarga serta perlunya dukungan sosial yang tinggi dari keluarga. Pengetahuan keluarga yang baik akan membuat keluarga memiliki perilaku sehat sehingga dapat menjalankan peran atau tugas keluarga bidang kesehatan dengan optimal. Seiring dengan itu, program pemerintah yaitu program keluarga sadar gizi (KADARZI) dapat mencapai target.

Program KADARZI dimulai tahun 2007, dibuat akibat tinggi masalah gizi di Indonesia antara lain penyebab adalah rendah pengetahuan, sikap, keterampilan keluarga terhadap perbaikan gizi dan kurangnya pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan oleh masyarakat. KADARZI adalah suatu keluarga yang mampu mengenal, mencegah dan mengatasi masalah gizi setiap anggotanya dengan ciri menimbang berat badan secara teratur, memberi ASI

eksklusif pada bayi sampai enam bulan, makan makanan bervariasi, menggunakan garam beryodium, dan minum suplemen gizi. Sasaran KADARZI pada balita, ibu hamil dan ibu nifas (Depkes, 2007).

Pedoman dalam berperilaku gizi baik individu, keluarga, dan masyarakat mengacu pada prinsip gizi seimbang yang dikenal dengan Tumpeng Gizi seimbang (TGS). Oleh karena itu, sebagai perawat komunitas turut bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program KADARZI. Perawat komunitas berperan melakukan promosi kesehatan, pembinaan, pendampingan keluarga, kerjasama lintas program dan lintas sektor untuk mewujudkan KADARZI. Sasaran KADARZI perlu dikembangkan pada semua *agregat*, termasuk anak usia sekolah. Pembinaan atau asuhan keperawatan keluarga sebaiknya diprioritaskan pada anggota keluarga yang mempunyai masalah gizi. Upaya promotif dan preventif ditingkatkan pada keluarga-keluarga lain yang memiliki anak usia sekolah. Hal ini dapat dikembangkan oleh puskesmas melalui keperawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas) untuk pembinaan keluarga.

Pemerintah menganjurkan untuk mengembangkan data-data terbaru terkait masalah gizi atau perilaku gizi keluarga. Perawat komunitas dapat berperan sebagai *researcher* terkait perilaku gizi anak usia sekolah atau keluarga. Peneliti menyarankan kepada peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian pada keluarga dengan anak usia sekolah yang mempunyai masalah gizi dan memperhatikan faktor pengetahuan, sikap, keterampilan, status ekonomi, tingkat pendidikan keluarga serta dukungan sosial keluarga dihubungkan dengan perilaku gizi anak. Penelitian kualitatif dapat dilakukan untuk mencari faktor determinan perilaku gizi anak usia sekolah. Pengaruh peran keluarga terhadap perbaikan perilaku gizi anak usia sekolah dapat dibuktikan dengan melakukan penelitian kuasi eksperimen.

6.4 Hubungan Peran Guru dengan Perilaku Gizi

Hasil penelitian tentang peran guru dalam menjalankan TRIAS UKS berdasarkan analisis univariat menunjukkan belum optimal, meskipun lebih dari sebagian peran guru termasuk kategori baik menurut persepsi anak usia

sekolah dasar. Hasil analisis bivariat tidak ada hubungan yang bermakna antara peran guru dengan perilaku gizi anak usia sekolah. Guru belum memberi pengaruh yang bermakna terhadap anak usia sekolah dalam perilaku gizi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Quattrin *et al* (2005) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan bermakna peran guru yang telah diberikan pelatihan dengan pengelolaan makanan anak usia sekolah yang bergizi dan aman di sekolah. Hal ini menunjukkan peran guru belum optimal terhadap pengelolaan makanan sehat di sekolah.

Peran guru menurut Mike, David, dan Jon (1997) dapat membawa pengaruh positif atau negatif terhadap siswa-siswanya. Hasil analisis lanjut pada item peran guru yang skor kurang baik yaitu lebih dari sebagian adalah guru tidak melarang peserta didik untuk jajan sebesar 63,2%, tidak memantau berat badan peserta didik secara teratur sebesar 56,9%, melarang siswa bermain mengeluarkan keringat pada saat jam istirahat sebesar 55,2% dan tidak memberdayakan dokter kecil untuk melakukan penimbangan secara teratur sebesar 58% serta 50,6% tidak menganjurkan minum minimal 8 gelas sehari. 80,5% responden mengatakan tersedia kantin di sekolah. Pengamatan yang dilakukan yaitu semua sekolah terdapat penjual makanan yang menetap tetapi tidak ada pembinaan kantin/warung sehat.

Peran guru tersebut dapat memberi pengaruh negatif pada peserta didik. Misalnya anak akan terbiasa jajan, anak tidak peduli dengan berat badan yang dimiliki, dan terbiasa tidak beraktifitas fisik. Semua kebiasaan anak tersebut harus diubah menjadi perilaku sehat sehingga tumbuh kembang anak berjalan secara optimal.

Mike, David, dan Jon (1997) juga menyatakan bahwa peran guru dapat memberi pengaruh positif pada peserta didik. Guru merupakan orang tua kedua karena siswa banyak waktu berinteraksi dengan guru. Guru berperan dalam kesuksesan siswa. Sikap guru mempunyai pengaruh positif pada siswa dalam jangka waktu yang lama. Analisis lebih lanjut ditemukan ada korelasi

positif peran guru sebagai pelaksana pemberi pesan-pesan kesehatan terkait gizi dengan perilaku gizi anak usia sekolah ($\rho= 0,02$; $r=0,18$), menciptakan lingkungan sekolah sehat dan pelayanan kesehatan dasar terkait gizi belum optimal.

Salah satu peran guru dianggap penting oleh peserta didik dibuktikan penelitian kualitatif oleh Power *et al* (2008) terhadap 12 remaja awal. Hasil penelitian menjelaskan bahwa salah satu cara remaja awal tersebut berperilaku sehat adalah dikenalkan oleh guru beberapa makanan sehat di lingkungan sekolah. Pender, Murdaugh dan Parson (2002) juga mendukung bahwa guru dan staff sekolah dapat meningkatkan lingkungan sehat dan mengembangkan perilaku sehat seperti makan makanan yang bergizi seimbang di sekolah dan aktifitas fisik yang teratur serta menghindari perilaku negatif yang lain.

Hasil wawancara tidak terstruktur terhadap guru di semua sekolah tempat penelitian menyatakan pentingnya peran guru dalam memberikan pendidikan kesehatan yang terintegrasi saat pembelajaran di kelas. Semua sekolah setuju adanya pembinaan sekolah sehat dan kantin sehat di lingkungan sekolah masing-masing dari petugas kesehatan. Pernyataan guru didukung oleh penelitian Cleland, Worsley, dan Crawford (2004) melaporkan hasil penelitian terhadap pendapat 41 guru SD tentang peran kantin sekolah yaitu 77,5% mengatakan sangat penting kantin sekolah sebagai promosi kesehatan makanan, 60% mengatakan sangat penting dan 37,5% penting diperkuat dengan pendidikan gizi, 72,5% sangat penting dan 27,5% penting untuk kegiatan sebagai *role model*.

Penelitian sebelumnya oleh Graham *et al* (2000) juga mendukung diperlukan keterlibatan guru dalam pemberian informasi gizi. Penelitian dilakukan dengan wawancara mendalam pada 12 guru SD di Melbourne bahwa setiap guru merasa terlibat dalam memberikan nasehat gizi pada anak sekolah atau peserta didik.

Peran guru di sekolah sebaiknya berkolaborasi dengan keluarga atau orangtua peserta didik. Hal ini sesuai dengan WHO (1998) yang menyatakan bahwa

guru melakukan kolaborasi dengan keluarga anak untuk membahas tentang perilaku gizi anak ketika di rumah dan di sekolah. Selain itu, guru dapat bekerja sama dengan orangtua dalam penyediaan makanan sehat di sekolah atau di masyarakat. Friedman, Bowden, dan Jones (2003) sejalan kerjasama orangtua dengan guru, yaitu keluarga melakukan kerjasama dalam berbagi peran untuk mensosialisasikan perilaku sehat pada anak usia sekolah di sekolah.

Menurut analisa peneliti tentang belum ditemukan hubungan bermakna antara peran guru sesuai dengan TRIAS UKS dengan perilaku gizi adalah karena belum terintegrasi pendidikan gizi kedalam kurikulum, UKS belum berfungsi sebagaimana mestinya dan belum dilakukan pelatihan guru-guru UKS. Tujuan UKS adalah meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan hidup sehat peserta didik serta menciptakan lingkungan sekolah yang sehat termasuk tersedia kantin sehat atau penjaja makanan yang memenuhi syarat kesehatan.

Semua sekolah yang dilakukan penelitian telah mempunyai UKS tetapi kegiatan belum dilaksanakan. Hanya satu sekolah dari delapan sekolah yang di survey telah memiliki ruang UKS tersendiri, sekolah yang lain masih bergabung dengan ruangan guru. Berdasarkan wawancara tidak terstruktur pada guru bidang studi yang menyatakan bahwa mereka hanya fokus mengajar bidang studi, untuk urusan kesehatan diserahkan pada petugas kesehatan, mereka hanya memberi pesan-pesan kesehatan sederhana sesekali atau pada siswa tertentu. Guru UKS atau kepala sekolah menyatakan keinginan yang besar untuk mendapat pelatihan guru-guru UKS atau pembinaan sekolah sehat dari pihak Puskesmas. Pihak sekolah sangat setuju jika promosi kesehatan dan penyuluhan-penyuluhan kesehatan sering dilakukan di sekolah. Selain memberi pengetahuan pada peserta didik, para guru dan staf sekolah juga tahu sehingga para guru dapat memberi pesan-pesan kesehatan di ruang kelas. Promosi kesehatan sangat perlu dilakukan di sekolah, termasuk promosi prinsip gizi seimbang.

Depkes (2007) menyatakan bahwa promosi kesehatan di sekolah adalah hal yang tepat karena dua pertiga anak usia sekolah adalah anak sekolah. Pender,

Murdaugh, dan Parson (2006) mendukung program tersebut karena anak usia sekolah merupakan usia yang tepat untuk fokus program pendidikan kesehatan sehingga dapat bertanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri. Program promosi kesehatan di sekolah sebaiknya diintegrasikan program instruksional sekolah. Edelman dan Mandle (2010) memperkuat bahwa sekolah sebagai bagian integral dari masyarakat sehingga sistem sekolah memiliki tanggung jawab untuk menyediakan lingkungan sekolah yang sehat dan program pendidikan kesehatan yang komprehensif.

Notoatmojo (2010) menyatakan bahwa bentuk promosi kesehatan di sekolah di Indonesia adalah UKS. Salah satu program UKS adalah program gizi. Pendidikan kesehatan tentang gizi meliputi mengenal berbagai makanan bergizi, nilai gizi pada makanan, memilih makanan yang bergizi, kebersihan makanan dan penyakit-penyakit akibat kekurangan atau kelebihan gizi. Pendidikan kesehatan melibatkan siswa, guru, tata usaha, petugas kantin dan lain-lain. Pemeliharaan dan pelayanan kesehatan meliputi pemeriksaan kesehatan tentang status gizi secara berkala, usaha perbaikan gizi, mengenal kelainan-kelainan yang mempengaruhi pertumbuhan jasmani melalui penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan. Menciptakan lingkungan sekolah yang sehat misalnya tersedia kantin atau warung sekolah yang memenuhi standar kesehatan.

Program gizi perlu disesuaikan dengan prinsip gizi seimbang dan PHBS. Pendidikan gizi merupakan kegiatan utama dari program gizi. Allender, Rector, dan Warner (2010) sejalan bahwa pendidikan gizi dan pemantauan berat badan adalah hal yang sangat penting dari pelayanan promosi kesehatan. Pentingnya pendidikan gizi ditegaskan oleh WHO (2009) sebagai organisasi kesehatan dunia menegaskan bahwa salah satu pendekatan yang dilakukan strategi gizi tahun 2010-2019 adalah memasukkan pendidikan gizi ke dalam kurikulum sekolah. Edelman dan Mandle (2010) juga mendukung bahwa pendidikan gizi sebaiknya dimasukkan ke dalam kurikulum sekolah. Hal ini diperkuat oleh dukungan UNICEF (2005) bahwa terdapat empat komponen yang harus tersedia pada semua sekolah yang mendukung kesehatan berbasis

sekolah dan program gizi sukses yaitu a) adanya kebijakan sekolah berhubungan dengan kesehatan; b) sanitasi dan air aman; c) pendidikan kesehatan sebagai dasar utama; d) terjangkau pelayanan kesehatan dan gizi.

Uraian di atas menggambarkan sangat penting keterlibatan para guru untuk pelaksanaan pendidikan gizi yang dapat membentuk perilaku sehat berdasarkan prinsip gizi seimbang terhadap semua peserta didik. Syamsuddin (2003) menjelaskan peran guru dalam pengertian pendidikan yang luas antara lain sebagai konservator atau pemelihara sistem nilai, inovator atau pengembang sistem nilai ilmu pengetahuan, dan organisator atau penyelenggara terciptanya proses edukatif yang dapat dipertanggungjawabkan. Peran guru tersebut yang terkait dengan kesehatan adalah pemelihara sistem nilai hidup sehat, pengembang sistem nilai ilmu pengetahuan misalnya terkait PHBS, dan penyelenggara pendidikan kesehatan, lingkungan sekolah sehat dan pelayanan kesehatan dasar di sekolah.

Guru berperan langsung kepada peserta didik memberikan pendidikan, juga berperan sebagai *role model*. WHO (1998) mendukung guru sebagai *role model* bahwa guru berperan sebagai mentors dalam memberikan pendidikan kesehatan tentang gizi di kelas dan sebagai *role model* bagi peserta didik. Oleh karena itu, Notoatmojo (2010) juga mendukung guru sebagai *role model* yang baik bagi peserta didiknya. Guru perlu mendapat pelatihan-pelatihan kesehatan dari petugas kesehatan untuk memaksimalkan peran sebagai *role model*.

Hasil analisis multivariat ditemukan persamaan garis yang menunjukkan bahwa peran guru ikut berkontribusi terhadap perilaku gizi anak setelah dikontrol peran keluarga, media massa dan teman sebaya. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Cleland, Worsley, dan Crawford tentang kerjasama guru dan orangtua dalam mengelola kantin sehat diperoleh hasil yaitu pada umumnya guru (n=40) percaya bahwa sekolah dan kantin berperan paling penting melakukan promosi makanan dan minuman sehat sebesar 77,5% dan orang tua (n=403) mengakui bahwa kantin sekolah sangat penting berperan dalam promosi beragam pilihan makanan dan minuman sehat

sebesar 68,1%. Hasil ini menunjukkan perlu kerjasama orangtua dan guru untuk meningkatkan pilihan makanan dan minuman sehat bagi anak di sekolah.

Hasil penelitian ini sejalan dengan temuan Graham *et al* (2005) yang menghasilkan bahwa guru (n=18) merasa mempunyai peran penting terhadap anak melalui pembelajaran gizi yang merupakan bagian dari kurikulum sekolah dan tidak menerima pelatihan formal tentang gizi tetapi bukan tugas utama, mereka hanya mendapat informasi melalui brosur perusahaan makanan, surat kabar, majalah, dan televisi. 35 orangtua (n=49) berpendapat bahwa informasi gizi perlu ditambah melalui pembelajaran dan tersedia di sekolah, makanan sehat tersedia di kantin sekolah termasuk makanan hangat saat musim dingin, pembuatan *leaflet* tentang nilai gizi makanan tersedia di supermarket-supermarket, informasi gizi dibuat dalam berbagai versi bahasa. Orangtua mendapat informasi gizi sebagian besar (66,7%) dari keluarga, 38,5% dari televisi dan radio, 35% dari buku, 31,3% dari majalah, 2,1% dari guru sekolah. Hal ini menunjukkan sikap positif guru dan keinginan orangtua dalam perbaikan perilaku gizi anak.

Berdasarkan hasil penelitian ini, teori dan penelitian yang terkait peran guru terhadap perilaku sehat (gizi) anak usia sekolah dasar, peneliti berpendapat bahwa guru perlu ditingkatkan pengetahuan dan mengaplikasikan prinsip gizi seimbang di sekolah. Pelatihan guru tentang kesehatan dan meningkatkan kerjasama antara guru dengan keluarga anak sekolah. Hal yang tidak kalah pentingnya adalah pendidikan gizi terintegrasi kedalam kurikulum sekolah. Seperti yang telah diuraikan sebelumnya bahwa terintegrasi pendidikan gizi ke dalam kurikulum, diperlukan kerjasama antara Dinas kesehatan dan Dinas Pendidikan. Adanya dana biaya operasional sekolah (BOS), sekiranya dapat dialokasikan untuk program pendidikan gizi di sekolah termasuk pengembangan UKS. Perawat komunitas berperan dalam advokasi dan kolaborator untuk mewujudkan pendidikan gizi dapat terintegrasi dengan kurikulum sekolah. Peneliti menyarankan pada peneliti selanjutnya untuk melakukan wawancara mendalam pada guru terkait peran sebagai pelaksana

pendidikan kesehatan, menciptakan lingkungan sekolah sehat, dan pelayanan kesehatan dasar. Penelitian kuasi eksperimen diperlukan untuk melihat pengaruh guru terhadap perilaku kesehatan peserta didik setelah guru diberi intervensi pelatihan.

6.5 Hubungan Peran Teman Sebaya dengan Perilaku Gizi

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata peran teman sebaya bersifat positif terhadap perilaku gizi anak usia sekolah pada analisis univariat. Analisis bivariat tidak menunjukkan adanya hubungan bermakna antara peran teman sebaya dengan perilaku gizi anak usia sekolah dasar. Hal ini berarti teman sebaya belum memberi pengaruh positif atau negatif secara bermakna pada anak usia sekolah terkait perilaku gizi. Peran teman sebaya yang baik tidak berpengaruh pada responden dalam mengaplikasikan prinsip gizi seimbang.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Field *et al* (2001) yang mengatakan bahwa tidak ada hubungan antara perilaku teman sebaya dengan perilaku anak usia sekolah dan remaja terhadap pemantauan berat badan dan diet yang dilakukan. Hal ini menunjukkan teman sebaya tidak mempunyai pengaruh terhadap anak usia sekolah. Teman sebaya belum dapat menjadi *modelling* yang baik bagi anak usia sekolah.

Hasil penelitian peran teman sebaya yang positif dianalisis lanjut, diperoleh 76,4% teman sebaya tidak mengajak jajan tetapi terdapat 47,1% responden jajan setiap hari. Peran lain teman sebaya yang positif yaitu sebagian besar dicontoh oleh responden makan sayur (72,4%), makan tiga kali sehari (77,6%), janji dengan responden untuk sarapan dan tidak jajan (91,4%), janji untuk membawa bekal dari rumah sebesar 71,3%, dan mengajak responden berolah raga secara teratur (85,6%).

Hasil penelitian ini sejalan dengan yang diteliti oleh McLellan *et al* (1999) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan bermakna antara dukungan teman sebaya dengan perilaku kesehatan positif siswa sekolah dasar dan sekolah menengah di New South Wales, Australia. Perilaku kesehatan positif diantaranya adalah kebiasaan makan makanan bergizi seimbang dan olah raga

secara teratur. Kebiasaan perilaku sehat anak usia sekolah tersebut bukan anjuran atau dukungan dari teman sebaya, melainkan dukungan dari keluarga atau lingkungan sekolah.

Hasil penelitian tentang responden yang tidak terpengaruh dari peran negatif teman sebaya yaitu sebagian besar (77%) teman sebaya mengajarkan mencuci tangan pakai air saja sebelum makan, tetapi sebagian besar (97,1%) responden mencuci tangan pakai sabun sebelum makan dan sebagian besar (77%) teman sebaya tidak menganjurkan makan buah berwarna kuning/jingga tetapi terdapat 40,2% yang makan buah sedikitnya dua potong sehari. Peran negatif teman sebaya yang lain yaitu tidak mengajak untuk melakukan penimbangan berat badan secara teratur sebesar 55,2%.

Hasil temuan tersebut didukung oleh penelitian Cullen *et al* (2000) kepada beberapa pelajar yang tidak terpengaruh atas respon negatif teman sebaya dalam mengkonsumsi buah dan sayuran. Hal ini terjadi karena anak mempunyai kebiasaan makan buah dan sayuran yang merupakan kebiasaan dalam keluarga. Syarkawi (2008) menambahkan bahwa orang tua sebagai kunci utama dalam memahami dan menerapkan nilai-nilai atau prinsip terlebih dahulu, setelah itu ditularkan ke anggota keluarga atau anak.

Anak usia sekolah dasar masih dominan dipengaruhi oleh lingkungan keluarga. Hal ini sejalan dengan Edelman dan Mandle (2010) yang mengatakan bahwa semua anak masih terus dipengaruhi secara bermakna oleh keluarga, budaya keluarga dan beberapa faktor lingkungan. Namun, kelompok sebaya mulai berpengaruh pada gaya hidup, kebiasaan, dan gaya bicara serta standar bentuk perilaku dan penampilan.

Hubungan sosial mulai berkembang pada masa anak usia sekolah. Hockenbery dan Wilson (2009) menyatakan kelompok teman sebaya merupakan salah satu agen sosialisasi terpenting pada kehidupan anak usia sekolah. Beberapa teori dan fakta yang mengungkap peran teman sebaya terhadap anak usia sekolah, misalnya Gochman (1988) menjelaskan bahwa teman sebaya merupakan salah satu faktor eksternal yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan anak.

Friedman, Bowden, dan Jones (2003) juga mengatakan bahwa hubungan teman sebaya dan aktivitas di luar rumah semakin memainkan peranan penting terhadap kehidupan anak usia sekolah. Stanhope dan Lancaster (2004) sependapat bahwa anak usia sekolah mengalami perubahan fokus dari orangtua ke teman sebaya.

Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara teman sebaya dengan perilaku gizi, tetapi secara teori teman sebaya banyak mempengaruhi kepribadian anak usia sekolah. Hal ini berarti teman sebaya mempunyai potensi untuk melakukan promosi kesehatan pada anak usia sekolah. WHO (1998) menegaskan bahwa teman sebaya dapat diberdayakan untuk mempengaruhi anak usia sekolah dengan cara mensosialisasikan kebiasaan makan yang sehat. Alasan pemberdayaan teman sebaya didukung oleh Moore (2009) karena teman sebaya mempunyai pengaruh lebih kuat daripada keluarga terhadap pemilihan makanan. Sulistyoningsih (2010) juga sejalan bahwa teman sebaya di sekolah dapat membentuk pola makan anak.

Hasil penelitian lain membuktikan bahwa teman sebaya dapat menjadi promotor kesehatan atau membawa pengaruh positif terhadap anak usia sekolah. Penelitian Hayati (2009) mengungkapkan fakta bahwa edukasi oleh teman sebaya dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan tentang jajan sehat pada anak usia sekolah kelas empat dan lima SD Lhokseumawe Aceh dengan $p < 0,000$.

Penelitian Lowe *et al* (2004) menghasilkan peningkatan perilaku anak SD dalam mengkonsumsi buah-buahan dan sayuran melalui pendekatan *peer modelling videos* dengan $p < 0,001$. Penelitian Lowe *et al* didukung oleh Briggs, Safaii, dan Beall (2003) yang mengatakan bahwa perilaku makan anak usia sekolah dapat dipengaruhi oleh *peer modelling*.

Peneliti dapat menyimpulkan hasil penelitian ini yaitu meskipun hasil penelitian tidak ada hubungan bermakna antara peran teman sebaya dengan perilaku gizi, tetapi ditemukan hasil analisis univariat sebagian besar peran teman sebaya baik terkait prinsip gizi seimbang pada anak usia sekolah. Hal

ini dapat menjelaskan bahwa teman sebaya punya potensi sebagai edukator kesehatan dan *modelling* yang baik bagi anak usia sekolah, yang juga telah dibuktikan dari hasil penelitian sebelumnya tentang potensi teman sebaya.

Peneliti menyarankan kepada diri sendiri untuk melakukan kreatifitas dengan memberdayakan teman sebaya sebagai promotor kesehatan atau sebagai kader kesehatan di sekolah. Bagi peneliti selanjutnya disarankan dapat melakukan penelitian eksperimen untuk melihat pengaruh edukasi teman sebaya terhadap perilaku gizi anak usia sekolah setelah dilatih sebagai kader kesehatan.

6.6 Hubungan Peran Media Massa dengan Perilaku Gizi

Hasil analisis univariat pada penelitian ini menunjukkan bahwa rata rata media massa berperan baik terhadap perilaku gizi anak usia sekolah. Hasil analisis bivariat ditemukan ada korelasi positif antara peran media massa dengan perilaku gizi anak usia sekolah dasar. Hal ini berarti semakin besar peran media massa dalam memberikan promosi kesehatan terkait gizi seimbang maka akan semakin baik perilaku gizi anak usia sekolah dasar atau sebaliknya semakin banyak pesan media tidak sesuai dengan prinsip gizi akan semakin rendah perilaku gizi anak.

Peneliti menganalisis bahwa media massa merupakan sarana pemberian informasi untuk orang banyak, termasuk pada anak usia sekolah. Media massa merupakan sarana promosi kesehatan yang baik. Jika pemberitaan media massa pada umumnya bersifat promosi kesehatan maka anak usia sekolah atau masyarakat pada umumnya dapat lebih sering terpapar dengan hal-hal yang dapat meningkatkan status kesehatan, demikian sebaliknya. Hal ini dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan hidup sehat sehingga terbentuk suatu perilaku sehat yang tuah termasuk perilaku gizi.

Pengaruh peran media massa dengan persentase tinggi terhadap perilaku gizi responden yaitu sebagian besar (83,3%) responden mencuci tangan pakai sabun sebelum makan karena mendengar penjelasan dari televisi, sebagian besar (70,7%) responden sarapan karena mendengar manfaat sarapan dari televisi, sebagian besar (81,6%) responden sering berolah raga karena

menonton acara olah raga di televisi, sering makan lauk pauk karena dianjurkan lewat televisi sebesar 62,6%, sebagian besar (63,2%) responden minum air putih minimal 8 gelas per hari karena mengetahui manfaatnya melalui televisi, dan lebih sebagian (58,6%) responden makan sayur karena melihat acara makan sayur di televisi.

Temuan penelitian didukung oleh pendapat Romli (2010) bahwa media massa sebagai proses penyampaian pesan, ide, atau informasi kepada orang lain dengan menggunakan sarana tertentu guna mempengaruhi atau merubah perilaku penerima pesan. Notoatmojo (2010) berpendapat bahwa media massa dapat merupakan media untuk promosi kesehatan. Temuan ini juga diperkuat oleh analisis Mulberi (2010) bahwa media massa khususnya televisi cukup berpengaruh terhadap perilaku anak yang positif, tetapi beberapa hal dapat bersifat negatif, oleh karena itu diharapkan keluarga atau orang tua berpikir kritis memilih tayangan yang baik untuk ditonton anak.

Temuan penelitian didukung oleh penelitian eksperimen yang dilakukan oleh Dixon *et al* (2007) menyatakan bahwa anak memiliki sikap, keyakinan positif dan pemilihan makanan sehat melalui iklan televisi setelah dilakukan seleksi promosi makanan bergizi dan mengurangi iklan *junk food*. Hasil analisis Bordi *et al* (2002) pada pertemuan dengan para peneliti, praktisi, dan pemerintah Amerika Serikat yang membahas tentang pengaruh lingkungan terhadap pemilihan makanan dan kebiasaan makan pada anak usia sekolah serta kekhawatiran terhadap iklan makanan yang dapat membahayakan perilaku makan anak. Bordi menyimpulkan bahwa ada pengaruh yang bermakna antara pemilihan makanan oleh anak usia sekolah dengan cara yang dilakukan oleh perusahaan makanan melalui media massa termasuk televisi, majalah, dan media internet. Lebih lanjut dijelaskan bahwa anak usia sekolah lebih banyak menerima informasi tentang makanan, gizi dan kesehatan melalui media dibanding dari beberapa sumber lain yang digunakan. Beberapa pendidik kesehatan dan pembuat kebijakan memfokuskan pada aspek positif *advertising* untuk pendidikan kesehatan dan kesadaran mengkonsumsi produk sehat.

Media massa dapat juga membawa pengaruh negatif pada anak usia sekolah. Hal tersebut juga ditemukan pada penelitian ini, meskipun persentase rendah yaitu terdapat 26,4% responden membeli makanan ringan seperti pada iklan televisi, dan 24,7% sering makan indomie karena melihat iklan indomie di televisi. Kenyataan yang kita lihat sehari-hari pada iklan di televisi yaitu cukup banyak berupa iklan makanan ringan atau minuman kemasan. Fakta ini didukung oleh pendapat Power *et al* (2007, dalam Edelman dan Mandle, 2010) yang menyatakan bahwa anak banyak mengonsumsi makanan yang diiklankan televisi, dimana makanan tersebut mengandung tinggi garam, gula, lemak, kalori, minuman berkarbonat.

Temuan ini didukung oleh Penelitian Scully *et al* (2007) yang menemukan ada hubungan antara sering menonton televisi dengan rendahnya mengonsumsi buah-buahan dan lebih tinggi mengonsumsi makanan ringan tidak sehat, 18.486 siswa di Australia kecuali Australia Barat sebagai sampel ditemukan 80% kurang mengonsumsi sayur, 62% kurang mengonsumsi buah, 46% makan *fast food* minimal dua kali seminggu, 51% makan makanan ringan tidak sehat minimal empat kali seminggu, 44% minum minuman energi tinggi minimal empat kali seminggu. Penelitian tersebut diperkuat oleh Dixon *et al* (2007) menunjukkan bahwa semakin sering menonton televisi semakin tinggi sikap positif terhadap *junk food* dan Penelitian Wilson *et all* (1999, dalam McMurray, 2003) di Selandia Baru tentang kualitas nutrisi makanan yang ditayangkan televisi dan dihubungkan dengan perilaku makan anak, ditemukan makanan yang diiklankan mengandung tinggi lemak, protein, tanpa gula dan sodium, serta kekurangan serat dan mineral telah dikonsumsi oleh banyak anak. Makanan yang dipromosikan melalui iklan kurang memenuhi unsur gizi seimbang untuk pertumbuhan anak.

Pengaruh negatif media massa yang lain ditambahkan oleh temuan *Kaizer Family Foundation* (2007) yang mengungkapkan fakta bahwa anak yang menonton televisi lebih dari tiga jam sehari, 50% berisiko menjadi obesitas dibandingkan anak yang menonton televisi kurang dari tiga jam sehari. Penelitian sebelumnya oleh Wadsworth & Thompson, (2005) juga

menunjukkan hasil bahwa terdapat hubungan antara menonton televisi yang berlebihan dengan perkembangan obesitas. Pengaruh iklan makanan yang di televisi dapat membawa pengaruh negatif bagi anak usia sekolah, sehingga keluarga atau orangtua perlu berperan dalam membatasi nonton televisi atau mengajarkan pemilihan makanan yang sehat.

Analisis multivariat menunjukkan media massa merupakan faktor dominan terhadap perilaku gizi anak setelah dikontrol peran keluarga, guru, dan teman sebaya. Hasil penelitian ini didukung penelitian yang dilakukan Field *et al* (2001) dengan desain prospektif kohort studi selama satu tahun (1996-1997). Jumlah responden dalam penelitian tersebut adalah 6770 anak perempuan, 5287 anak laki-laki, umur 9-14 tahun. Adapun hasil penelitian yaitu responden lebih memilih media massa daripada teman sebaya sebagai upaya perhatian terhadap pentingnya pemantauan berat badan secara teratur dengan upaya yang dilakukan adalah melihat gambar-gambar menarik sesama jenis yang disukai melalui media (OR:2,7 ; CI 95%) dan responden lebih memilih mencontoh orangtua daripada teman sebaya dalam upaya menurunkan berat badan dan diet (OR: 2,6 ; CI95%). Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa media massa dan orangtua berperan terhadap berat badan dan diet, media massa mempunyai peran lebih besar dibanding peran orangtua dengan melihat perbandingan OR, teman sebaya tidak tampak peran terhadap perilaku gizi responden (diet dan pemantauan berat badan secara teratur).

Berdasarkan hasil penelitian dan teori yang mendukung, ditarik kesimpulan bahwa media massa mempunyai hubungan dengan pembentukan perilaku anak khususnya perilaku gizi. Pengaruh yang ditimbulkan dapat bersifat positif maupun negatif, sehingga sebagai perawat komunitas dapat mengambil pengaruh positif dengan melakukan promosi kesehatan melalui media massa. Pengaruh negatif media massa perlu dikurangi dengan melakukan advokasi kepada Komisi Penyiaran Indonesia (KPI) dan Dinas Informasi dan Komunikasi untuk menyeleksi tayangan iklan makanan atau minuman yang tidak bergizi dan prinsip gizi yang lain.

Peneliti menyarankan pada diri sendiri dan peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian berikutnya dengan desain kuasi eksperimen seperti pengaruh media massa terhadap perilaku gizi sehat atau perilaku sehat yang lain.

6.7 Keterbatasan penelitian

Beberapa keterbatasan penelitian yang ditemui peneliti selama melakukan penelitian ini berlangsung antara lain :

6.7.1 Instrumen penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dibuat dan dikembangkan sendiri oleh peneliti dengan memperhatikan berbagai konsep dan teori dari variabel yang diteliti, namun untuk penelitian ini reliabilitas sudah $> 0,9$. Menurut Polit dan Hungler (1999), reliabilitas $> 0,9$ menunjukkan nilai yang ideal untuk instrumen. Instrumen ini belum baku, sehingga instrumen ini perlu diuji kembali jika akan digunakan pada tatanan atau wilayah yang berbeda.

6.7.2 Variabel Penelitian

Variabel penelitian yang diteliti hanya terkait faktor penguat berdasarkan model PRECEDE-PROCEED, sedangkan faktor predisposisi dan pemungkin tidak diteliti sehingga kemungkinan hal ini yang menyebabkan koefisien determinasi (R^2) pada analisis multivariat rendah. Namun, hasil yang diperoleh telah mencerminkan hubungan faktor yang diteliti yaitu terdapat hubungan yang bermakna antara peran keluarga dan media massa dengan perilaku gizi anak usia sekolah. Meskipun belum ditemukan hubungan bermakna antara guru dan teman sebaya dengan perilaku gizi tetapi terdapat beberapa peran positif misalnya peran dalam memberi pesan-pesan kesehatan terkait gizi seimbang.

6.8 Implikasi Hasil Penelitian

6.8.1 Pelayanan Keperawatan Komunitas

Diperolehnya fenomena berat badan lebih (gizi lebih), hal ini diluar dugaan peneliti. Respon anak usia sekolah pada anak yang gemuk adalah mengejek “gendut” sehingga ada yang terlihat malu bahkan saling adu mulut. Anak yang mengalami berat badan lebih cenderung menetap sampai usia dewasa. Berat badan lebih merupakan faktor risiko penyakit kardiovasukuler dan diabetes. Dampak psikologis yang mungkin terjadi adalah gangguan gambaran tubuh (*body image*) dan harga diri rendah. Oleh karena itu, berat badan lebih dapat dicegah atau diturunkan dengan perilaku prinsip gizi seimbang. Persepsi orangtua atau masyarakat tentang Paradigma “gemuk adalah sehat” perlu diklarifikasi. Orangtua, guru, dan teman sebaya yang sering menjadi *modelling* anak usia sekolah perlu diajarkan tentang praktik gizi seimbang. Guru dan teman sebaya dapat menjadi kader kesehatan di sekolah. Perawat komunitas dapat berperan sebagai *educator* tentang hal ini, baik secara langsung atau melalui media massa.

Pengetahuan yang rendah tetapi memiliki sikap dan praktik gizi cukup baik merupakan perilaku sehat yang belum ideal. Kebiasaan praktik gizi yang baik tanpa didasari pengetahuan yang tinggi, cenderung dapat merubah perilaku sehat menjadi tidak sehat ketika ada pengaruh negatif dari lingkungan termasuk teman sebaya atau media massa. Hal ini perlu promosi kesehatan tentang prinsip gizi seimbang secara rutin baik secara langsung di sekolah atau melalui media massa. Praktik gizi seimbang yang paling rendah adalah tidak dilakukan pemantauan berat badan ideal. Selain itu, tidak dapat menginterpretasikan nilai berat badan atau tinggi badan yang dimiliki. Kekurangan ini mengakibatkan tidak bisa menilai status gizi mereka sehingga tidak ada upaya untuk mempertahankan atau memperbaiki bagi yang memiliki status gizi tidak normal yang secara fisik tidak terlalu nampak.

Peran guru yang kurang optimal dan memberi respon atau keinginan pihak sekolah untuk diadakan pelatihan guru UKS, selanjutnya sosialisasi pada

semua guru, pembinaan sekolah sehat dan kantin sehat, dan pemantauan berat badan secara teratur serta penyuluhan kesehatan ditingkatkan. Masalah tersebut dapat diselesaikan dengan cepat apabila pendidikan gizi terintegrasi dengan kurikulum sekolah. Program kesehatan sekolah merupakan solusi untuk peningkatan perilaku sehat anak usia sekolah khususnya perilaku yang terkait prinsip gizi seimbang. Beberapa hal yang mendukung perlu program kesehatan sekolah antara lain dua pertiga anak usia sekolah adalah anak sekolah dan terorganisir dengan baik, sebagian waktu anak berada di sekolah, usia yang sangat baik untuk diberi promosi kesehatan dan akan berdampak pada kesehatan personal.

Perilaku sehat yang dimiliki diharapkan dapat berlanjut ke lingkungan keluarga dan masyarakat. Sekolah merupakan bagian integral dari masyarakat sehingga program kesehatan sekolah memerlukan keterlibatan keluarga dan masyarakat untuk meningkatkan status kesehatan anak usia sekolah. Program kesehatan sekolah sebaiknya dilakukan dengan model komprehensif meliputi kegiatan pendidikan kesehatan, pendidikan jasmani, pelayanan kesehatan, pelayanan gizi, konseling, lingkungan sekolah sehat, promosi kesehatan terhadap staf sekolah, dan keterlibatan keluarga atau masyarakat. Program kesehatan sekolah dapat berjalan secara optimal apabila ada dukungan dari lintas sektor. Dinas kesehatan perlu melakukan kerjasama dengan Dinas pendidikan untuk mewujudkan program kesehatan sekolah atau pendidikan gizi terintegrasi dengan kurikulum sekolah. Dukungan finansial dari Dinas pendidikan juga sangat dibutuhkan untuk program kesehatan sekolah. Biaya operasional sekolah (BOS) dapat menjadi solusi bagi program kesehatan sekolah khususnya pelayanan gizi secara komprehensif.

Ditemukan hubungan bermakna antara peran keluarga dan perilaku gizi anak, sehingga sangat diperlukan adanya pemberdayaan keluarga untuk lebih meningkatkan perilaku gizi anak melalui pembinaan keluarga anak usia sekolah. Hal ini sejalan dengan program pemerintah yaitu tercapai keluarga sadar gizi, namun sasaran KADARZI hanya pada balita, ibu

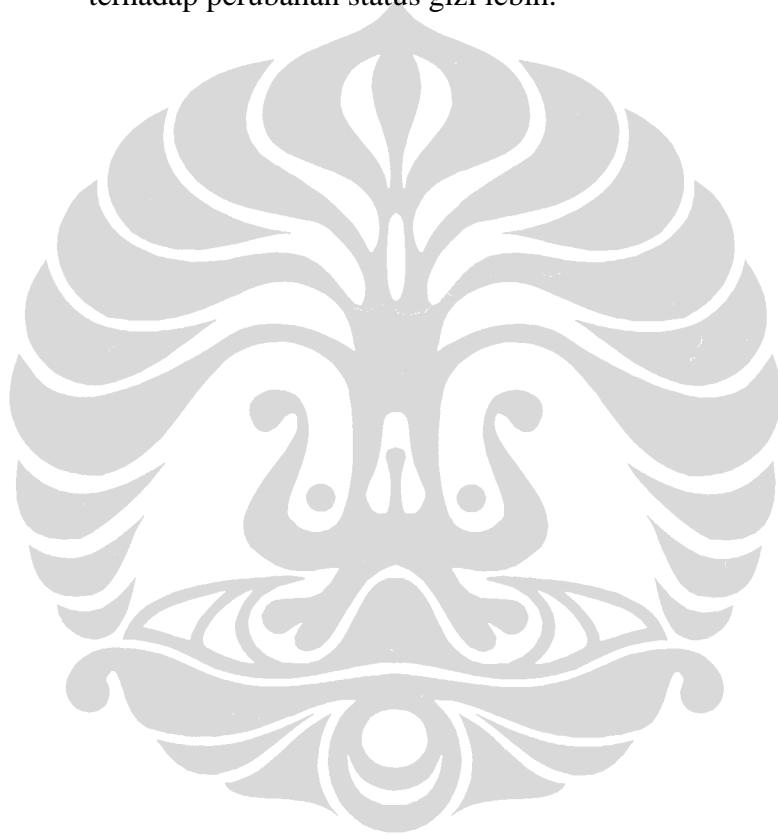
hamil dan ibu nifas. Perawat komunitas perlu melakukan pengembangan sasaran program KADARZI yaitu pada keluarga dengan anak usia sekolah karena masih dalam tahap tumbuh kembang. Pembinaan keluarga dapat dilakukan dengan membentuk kelompok swabantu yang bertujuan untuk peningkatan pengetahuan keluarga tentang prinsip gizi seimbang yang dapat diaplikasikan pada anggota keluarga sehingga terbentuk keluarga berperilaku sehat sesuai prinsip gizi seimbang.

Media massa mempunyai korelasi positif dengan perilaku gizi anak usia sekolah, sehingga sangat baik dilakukan promosi kesehatan melalui media massa. Media massa dapat membawa pengaruh positif atau negatif pada perilaku sehat anak usia sekolah, oleh karena itu dibutuhkan kebijakan dari Dinas Informasi dan Komunikasi untuk seleksi program dan waktu tayang yang sesuai golongan umur pemirsa. Kontribusi media massa secara terus-menerus, sehingga perlu dilakukan seleksi iklan makanan atau minuman. Tayangan program TV yang bersifat promosi kesehatan khususnya prinsip gizi seimbang ditayangkan pada waktu keluarga banyak berkumpul atau menonton. Semua hal tersebut perlu keterlibatan perawat komunitas untuk menyusun program prevensi primer, sekunder, dan tersier terkait prinsip gizi seimbang melalui media.

6.8.2 Perkembangan Ilmu Keperawatan Komunitas

Hasil penelitian ini dapat menjadi sumber literatur penelitian selanjutnya. Peningkatan kejadian gizi lebih merupakan tantangan bagi perawat komunitas untuk mengimplementasikan prinsip gizi seimbang. Intervensi untuk penanganan status gizi lebih pada anak usia sekolah dapat dilakukan melalui pemberdayaan keluarga misalnya menganjurkan keluarga untuk memperbanyak mengkonsumsi sayur dan buah serta mengurangi aktivitas santai atau meningkatkan aktivitas fisik anak, mengajarkan cara pengolahan makanan bergizi yang menarik, menganjurkan keluarga sebagai *modelling* yang baik bagi anak usia sekolah. Hal ini perlu diimplementasikan pada praktik mata kuliah keperawatan keluarga.

Pentingnya peran media massa terhadap perilaku gizi anak usia sekolah, sehingga dibutuhkan kreatifitas membuat iklan yang bersifat promosi kesehatan. Hal ini dapat dijadikan salah satu kompetensi dalam mata kuliah promosi kesehatan di Akademi Perawat ditambah sertifikasi yaitu mampu membuat promosi kesehatan tentang prinsip gizi seimbang melalui media massa. Penelitian selanjutnya perlu dilakukan untuk melihat hubungan peran keluarga dan media massa dengan kejadian gizi lebih pada anak usia sekolah, atau pengaruh peran keluarga dan media massa terhadap perubahan status gizi lebih.



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian “Hubungan peran keluarga, guru, teman sebaya dan media massa dengan anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu” yang dilaksanakan tanggal 2 Mei sampai dengan 28 Mei menghasilkan simpulan sebagai berikut :

- 7.1.1 Karakteristik anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura lebih dari sebagian berjenis kelamin perempuan, sebagian besar mempunyai berat badan dan tinggi badan yang sesuai dengan tumbuh kembang anak. Sebagian besar mempunyai status gizi normal berdasarkan pengukuran berat badan dan tinggi badan (IMT). Status gizi lebih 10 kali lebih banyak dari status gizi kurang. Kejadian status gizi lebih karena pengetahuan, sikap, dan praktik gizi yang rendah antara lain rendah mengkonsumsi sayur dan buah serta kebiasaan jajan tinggi serta aktifitas fisik yang kurang.
- 7.1.2 Anak usia sekolah dasar lebih dari sebagian berperilaku gizi baik. Sikap dan praktik gizi anak usia sekolah baik tetapi pengetahuan tentang gizi rendah. Perilaku gizi anak yang baik banyak diakibatkan karena mencontoh perilaku gizi keluarga tanpa didasari pengetahuan yang kokoh.
- 7.1.3 Peran keluarga terhadap perilaku gizi anak usia sekolah adalah baik, terdapat hubungan bermakna dengan korelasi positif antara peran keluarga dan perilaku gizi anak usia sekolah dasar. Kontribusi keluarga dalam meningkatkan perilaku gizi anak usia sekolah penting dilakukan melalui contoh peran yang baik dan penyedia dalam pemenuhan gizi seimbang.
- 7.1.4 Tidak ada hubungan bermakna antara peran guru dengan perilaku gizi anak usia sekolah dasar, namun terdapat peran guru yang baik seperti memberi pesan kesehatan. Belum optimal peran guru dalam peningkatan

perilaku gizi anak khususnya dalam pemantauan berat badan, larangan anak untuk jajan, membatasi anak beraktifitas fisik saat jam istirahat, dan pemberdayaan dokter kecil kurang.

7.1.5 Tidak ada hubungan bermakna antara peran teman sebaya dengan perilaku gizi anak usia sekolah, meskipun lebih banyak yang bersifat positif. Hal ini terjadi karena teman sebaya belum bisa memberi pengaruh positif pada anak usia sekolah dalam mengaplikasikan prinsip gizi seimbang khususnya perilaku makan buah, sarapan, jajan, pemantauan berat badan karena anak usia sekolah masih dipengaruhi secara bermakna oleh keluarga, budaya keluarga, media dan faktor lingkungan.

7.1.6 Peran media massa terhadap perilaku gizi anak usia sekolah sebagian besar berperan baik dan merupakan faktor yang dominan berhubungan dengan perilaku gizi. Media massa dapat memberi pengaruh positif maupun negatif terhadap anak, sehingga orangtua penting untuk memberi arahan yang benar pada saat nonton TV.

7.2 Saran

Beberapa rekomendasi dari hasil penelitian ini diuraikan sebagai berikut:

7.2.1 Instansi Terkait

a. Dinas Kesehatan Kota Palu

- 1) Melakukan kerjasama dengan Dinas Pendidikan Kota Palu dalam rangka pendidikan gizi terintegrasi ke dalam kurikulum sekolah.
- 2) Membuat kebijakan dan kerjasama dengan media massa (koran atau stasiun TV lokal) dalam penyebaran informasi tentang prinsip gizi seimbang untuk mengedukasi masyarakat serta iklan makanan dengan kandungan gizi tidak baik perlu dikurangi.

b. Dinas Informasi dan Komunikasi (infokom)

Melakukan kebijakan dalam pembatasan penayangan iklan produk makanan/minuman tidak sehat, program yang bersifat promosi kesehatan ditayangkan sesuai dengan sebagian besar waktu keluarga

berada di rumah, terdapat program khusus bersifat edukasi kesehatan disesuaikan dengan golongan umur.

c. Puskesmas Mabelopura/perawat komunitas

- 1) Melaksanakan pelatihan guru UKS tentang fungsi TRIAS UKS sesuai prinsip gizi seimbang, pembinaan sekolah dan kantin sehat, serta meningkatkan penyuluhan kesehatan tentang prinsip gizi seimbang di sekolah.
- 2) Pengembangan variasi kegiatan Perkesmas dan KADARZI melalui asuhan keperawatan dan pembinaan keluarga yang selalu hanya fokus terhadap kesehatan ibu dan anak (balita) ditingkatkan menjadi fokus antara lain anak usia sekolah dengan masalah gizi.

d. Sekolah Dasar

- 1) Proaktif bekerjasama dengan pihak puskesmas dalam rangka optimalisasi fungsi UKS khusus terlaksana pendidikan kesehatan, tercipta lingkungan sekolah sehat, dan pelayanan kesehatan dasar di sekolah terkait prinsip gizi seimbang misalnya pemantauan berat badan dan tinggi badan minimal enam bulan sekali, metode, dan media yang disesuaikan tahap tumbuh kembang.
- 2) Advokasi kepada Dinas Pendidikan untuk alokasi dana biaya operasional sekolah (BOS) terhadap perlengkapan UKS seperti timbangan berat badan, pengukur tinggi badan, ATK, KMS-AS, alat P3K, poster-poster kesehatan, sarana dan prasarana olah raga.
- 3) Tingkatkan kerjasama antara guru dengan orangtua siswa untuk membuat program gizi seperti komunikasi aktif orangtua dengan guru membahas perilaku gizi anak, pengelolaan kantin sehat, *breakfast program* atau *lunch program* melalui swadana orangtua atau dana BOS.

7.2.2 Keluarga

Disarankan pada keluarga untuk meningkatkan pengetahuan tentang prinsip gizi seimbang sehingga dapat berperan sebagai promosi kesehatan, penyediaan makanan bergizi dengan memperhatikan variasi dan selera anak, serta menjadi contoh yang baik bagi anak usia sekolah terkait gizi seimbang seperti kebiasaan keluarga makan makanan bervariasi, pola hidup bersih, aktivitas fisik atau berolahraga dengan keluarga seperti jalan pagi, dan pemantauan berat badan secara teratur minimal setiap enam bulan. Pembatasan waktu nonton TV dan pilihan program pada anak usia sekolah perlu diperhatikan oleh keluarga serta pendampingan dari orangtua saat nonton TV.

7.2.3 Media Massa

Disarankan pada media massa seperti Radio Republik Indonesia (RRI), stasiun lokal, koran, TV, serta peliput berita untuk mengeluarkan berita bersifat positif termasuk promosi tentang prinsip gizi seimbang. Khusus media televisi disaankan untuk seleksi program penayangan yang tidak hanya mengutamakan promosi dagang, tetapi lebih mengutamakan promosi yang dapat meningkatkan pemahaman masyarakat terhadap produk yang disajikan yaitu aman dan sehat seperti mengurangi iklan makanan ringan atau minuman yang tidak sehat serta prinsip gizi seimbang yang lain.

7.2.4 Institusi Pendidikan Kesehatan/Keperawatan

- a. Melakukan kerjasama dengan sekolah untuk praktik keperawatan komunitas misalnya praktik penyuluhan tentang gizi dan pembinaan UKS
- b. Melakukan praktik asuhan keperawatan keluarga khusus anak usia sekolah yang mempunyai masalah gizi dengan prioritas pada keluarga miskin atau keluarga dengan tingkat pendidikan rendah. Praktik Asuhan keperawatan keluarga dengan anak usia sekolah merupakan salah satu kompetensi Mata Kuliah Keperawatan Keluarga dan melakukan promosi kesehatan melalui media massa kompetensi Mata

Kuliah Keperawatan Komunitas pada level Strata satu atau DIII Keperawatan ditambah sertifikasi.

7.2.5 Penelitian Selanjutnya

- a. Perlu ada penelitian lanjutan tentang faktor predisposisi (kepercayaan, nilai-nilai, budaya) dan faktor pemungkin (program gizi, pelayanan gizi, sumber, fasilitas, ketersediaan, keterjangkauan, finansial keluarga) yang berhubungan dengan perilaku gizi anak usia sekolah, sehingga strategi pendidikan kesehatan dan kebijakan pemerintah terhadap program gizi tepat.
- b. Penelitian selanjutnya perlu mengeksplere faktor internal dan eksternal keluarga seperti karakteristik, pengetahuan, persepsi, sikap, dukungan sosial (emosional, instrumental, informasional, penghargaan), serta tugas keluarga bidang kesehatan yang dihubungkan dengan perilaku gizi anak usia sekolah.
- c. Penelitian kuasi eksperimen perlu dilakukan untuk melihat pengaruh keluarga dan media massa terhadap perilaku gizi anak usia sekolah setelah diberikan intervensi.
- d. Penelitian kualitatif perlu dilakukan untuk wawancara mendalam pada keluarga, guru dan teman sebaya tentang pengalaman dalam mempengaruhi perilaku gizi anak usia sekolah.

DAFTAR PUSTAKA

- Allender, J.A & Spradley, B.W. (2005). *Community health nursing: promoting and protecting the public health., sixth edition*. Philadelphia: Lippincott
- Allender, J.A., Rector, C., Warner, K.D. (2010). *Community health nursing: promoting & protecting the public health. 7th edition*. China: Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins
- Anderson, E.T., & McFarlane, J. (2000). *Community as partner: Theory and practice in nursing. Third edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ariawan, I (1998). Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan. Jurusan biostatistik dan kependudukan: fakultas kesehatan masyarakat. Universitas Indonesia. Tidak publikasi.
- Arikunto (2010). *Prosedur penelitian : suatu pendekatan praktik*. Edisi ke-14. Jakarta. Rineka Cipta.
- Asfariana, E (2008). *Hubungan pengetahuan gizi ibu, pendapatan perkapita dan sikap tentang sarapan pagi dengan kebiasaan sarapan pagi anak SD Negeri Terseno Kecamatan Terseno Kabupaten Batang*. <http://digilib.unimus.ac.id/gdl.php?>. Diakses tanggal 26 Desember 2010
- Baer, R.A., Blount, R.L., Detrich, R., & Stokes, T.F (1987). Using intermittent reinforcement to program maintenance of verbal/nonverbal correspondence. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 20, 179-184.
- Baranowski, T. (1988). Validity and reliability of self-report measures of physical activity: an information processing perspective. *Res Q exercise sport*, 59, 314-27
- Baranowski, T., Domel, S., Gould, R., Baranowski, J., Leonard, S. (1999). Increasing fruit and vegetable consumption among 4th and 5th grade students: results from focus group using reciprocal determinism. *Journal of nutrition education*; 25:114-20
- Basiotis, P.P., Kramer, L.B., Kennedy, E.T. (1998). Maintaining nutrition security and diet quality: the role of food stamp program and WIC. *Fam econ nutrition revisi*; 11:4-16
- Birch, L.L. (1999). Development of food preferences. *Annual Rev Nutrition*, 19, 41-62.
- Bordi, P.J., Park, J.E., Watkins, S., Caldwell, D., & Devitis, C.A. (2002). Impact of the environment on food choices and eating habits of school age children: A

USDA- sponsored research agenda conference. *Journal of Child Nutrition & management, school nutrition association.*

- Briggs,M.,Safai,S.,& Beal,D.L.(2003). Position of the American Dietetic Association, society nutrition education and American school food services association-nutrition services: an essential component of comprehensive school health programs. *Journal of American diet Association*,103,505-14.
- Brug,J., & Blanchette,L.(2005). Determinants of fruit and vegetable consumption among 6-12 year-old children and effective interventions to increase consumption. *Journal of Human Nutrition Dietetic*,18,431-443
- Budiarto. E. (2001). *Biostatistika untuk kedokteran dan kesehatan masyarakat*. Cetakan I. Jakarta. EGC.
- Cameron,J., Banko,K.M., & Peirce,W.D. (2001). Pervasive negative effects of rewards on intrinsic motivation: the myth continues. *Behavior Analyst*, 24, 1-44
- Capaldi,E.D.E. (1996). *Why we eat what we eat : the psycology of eating*. Washinton,DC: American Psychological Association.
- Choi,E.S., Shin,N.R., Jung,E.I., Park,H.R., Lee,H.M., & Song,K. (2008). A study on nutrition knowledge and dietary behavior of elementary school children in Seoul. *The Korean Nutrition Society and the Korean society of Community Nutrition: Nutrition Research and Practice*, 2(4), 308-316
- Cleland,V.,Worsley,A.,Crawford,D.(2004). What are grade 5 and 6 children buying from school canteens and what do parents and teachers think about it ? *Nutrition diet*, 61,145-50
- Cresswell, J.W. (2009). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. Third edition. California: SAGE publications*
- Cullen,K.W., Baranowski,T., Rittenberry,L. & Olvera,N. (2000). Social-enviromental influences on children's diets: results from focus group with African, Euro and Mexican-American children and their parents. *Health Education, Res*, 15,581-590
- Dahlan, M.S.(2008). *Langkah-langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran dan kesehatan*. Jakarta : sagung seto
- Deci,E.L., Koetsner,R. & Ryan,R.M. (1999). A meta analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychology Bulletin*, 125, 627-668.
- Dempsey,P.A., & Dempsey, A.D. (2002). *Riset keperawatan: buku ajar dan latihan*. Jakarta : EGC.

- Depkes (2005). *Pedoman umum gizi seimbang*. www.gizi.net/pugs/index.shtml. diakses pada tanggal 13 Desember 2010).
- Depkes (2006). Pedoman keperawatan kesehatan masyarakat (perkesmas).
- Depkes (2007). *Pedoman untuk tenaga kesehatan. Usaha kesehatan sekolah di tingkat sekolah lanjutan*. Jakarta
- Depkes (2007). Kepmenkes RI No.747/Menkes/SK/VI/2007 tentang Pedoman operasional keluarga sadar gizi di desa siaga. www.gizi.net.
- Depkes (2007). Riskesdas 2007. www.balitbangkes.go.id. diakses tanggal 2009
- Depkes (2010). *Laporan Nasional Riskesdas tahun 2010*. www.depkes.go.id. Diperoleh tanggal 10 pebruari 2011.
- Depkes (2010). Gizi lebih merupakan ancaman masa depan anak <http://www.depkes.go.id>, diperoleh tanggal 3 Pebruari 2011.
- Departemen Pendidikan Nasional (2008). *Kriteria dan indikator keberhasilan pembelajaran*. www.lpmpjogja.diknas.go.id. Diperoleh tanggal 29 Maret 2011.
- Drewnoski, A., Henderson, S.A., Levine, A., Hann, C. (1999). Taste and food preferences as predictors of dietary practices in young women. *Public health nursing*; 2:513-19
- Dixon, H.G., Scully, M.L., Wakafield, M.A., White, V.M., Crawford, D.A. (2007, October). The effect television advertisements for junk food versus nutritious food on children's food attitudes and preferences. *Social science and medicine* 65(7):1311-23 (*Journal article-research*).
- Edelman, C.L., & Mandle, C.L. (2006). *Health Promotion Throughout The Life Span, sixth edition*. St. Louis, Missouri : Mosby
- _____ (2010). *Health promotion throughout The Life Span, seventh edition*. St. Louis, Missouri : Mosby Inc.
- Field, A.E., Camargo, C.A., Taylor, B., Barkey, C.S., Roberts, S.B., Graham, A.C. (2001). *Offician journal of the American Academy of pediatrics*, vol.107.No.1, January 2001; pp 54-60.
- French, S.A. (2003). Pricing on food choices. *Journal of nutrition*; 133;841S-843S.
- Friedman, M., Bowden, V.R., Jones, E.G. (2003). *Family Nursing : Research, theory & Practice. Fifth edition*. New Jersey. Person Education Inc.
- Gibson, E., Wardle, J., & Watts, C. (1998). Fruit and vegetable consumption, nutritional knowledge and beliefs in mothers and children. *Appetite*. 31. 205-228

- Gilbert.G.G, Sawyer.R.G, McNeil.E.B. (2011). *Health education : creating strategies for school and community health. Third edition.* United States of America. Jones and Barlett Publishers
- Gizi lebih merupakan ancaman masa depan anak oleh Kementerian kesehatan RI (2011, <http://www.depkes.go.id>, diperoleh tanggal 3 Pebruari 2011).
- Gochman. David.S. (1988). *Health behavior : emerging research perspectives.* New york. Plenum Press.
- Graham,V.,Gibbons,K.,Marrafa,C. & Sultana,J.(2000). Filling the gap' – children aged between six and eight years: sources of nutrition information used by families, school nurses and teachers. *Australian Journal of Nutrition and Dietics*, 57,90-94.
- Green,L.W & Kreuter, M.W. (2000). *Health promotion planning an educational and enviromental approach. Second edition.* London : Mayfield Publishing Company .
- Green,L.W & Kreuter, M.W. (2005). *Health program planning an educational and ecological approach. Fourth edition.* New York . The McGraw-Hill Companies,Inc.
- Grodner.M, Long.S, Walkingshaw.B.C. (2007). *Foundations and clinical applications of nutrition : a nursing approach. Fourth edition.* St.Louis Missouri. Mosby. Inc.
- Gustina, N (2001) . *Perilaku Jajan Anak Sekolah Dan Prevalensi Anemia Gizi Di Sekolah Dasar Negeri 029 Kecamatan Bukit Raya Kotamadya Pekanbaru .* <http://www.researchgate.net/publication/42356097>.diakses tanggal 26 Desember 2010
- Haines.J., & Sztainer,D.M. (2007). Addressing weight-related issues in an Elementary school : What do students, Parents, and School Staff Recommend ? *Eating Disorders*, 15:5-21.Taylor & Francis group, LLC
- Hannon,P.A.,Bowen,D.J.,Moinpour,C.M., & McLerran,D.F.(2003). Correlations in perceived food use between the family food preparer and their spouses and children. *Appetite*,40, 77-83.
- Hastono,S.P. (2007). *Analisis data kesehatan. Fakultas kesehatan masyarakat Indonesia. Tidak publikasi*
- Harkreader.H, Hogan.M.A, Thobaben.M. (2007). *Fundamental of nursing: caring and clinical judgment. Volume 1. Third edition.* St.louis missouri. Saunder Elseiver.Inc.
- Helvie, C.O. (1998). *Advanced practice nursing in the community.* United States of America. Sage publications.Inc

- Hittchok, J.E *et al.* (1999). *Community Health Nursing. Caring in action* . New York. Delmar Publisher.
- Hockembery, M.J & Wilson, D. (2009). *Wong's essentials pediatric nursing. Eight edition*. St. Louis Missouri. Mosby. Inc
- Hocking, J & Carling, J.B. (1996). *Design of cross-sectional surveys using cluster sampling : an overview with Australian case studies*. Public health training scheme, North Western health, Victoria.
- Humas Depkes (2010). Menkes himbau PHBS di sekolah. <http://yanmedik.depkes.go.id>, diperoleh 1 Maret 2011.
- Jefrey, T., Marcia, B.H, & Susan, T. (2004). Parents Have Their Say. . . About Their College-Age Children's Career from the Winter . *NACE Journal* .
- Judarwanto, W (2008). *Permasalahan umum kesehatan anak usia sekolah*. www.pdpersi.co.id. diakses tanggal 24 Desember 2010
- Kaakinen, J.R, Duff, V.G, Coehlo, D.P, Hanson, S.M.H. (2010). *Family health nursing : theory, practice and research. 4th edition*. Philadelphia. F.A. Dafis Company.
- _____ *Kamus Bahasa Indonesia*. <http://id.wikipedia.org>.
- Kamus besar bahasa Indonesia. <http://www.scribd.com/doc/21746354>
- Kaiser family foundation (2007). *Television advertising and child obesity*. <http://www.apa.org/topics/kids-media/food>. diperoleh tanggal 15 Maret 2011.
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak R.I (2010). *Seluruh pihak bertanggung jawab dalam perbaikan status gizi guna pencapaian target MDGs*. <http://www.menegpp.go.id>. Diakses tanggal 27 Desember 2010.
- Kolasa, K.M., Lackey, C.J., Grandjean, A.C. (2009). Hydration and health promotion. *Nutrition today*; 44(5):190-201.
- Kurniasih, D., Hilmansyah, H., Astuti, M.P., & Imam, S. (2010). *Sehat dan bugar berkat gizi seimbang*. Jakarta. PT. Gramedia
- Lee, J.Y. (2002). A comparative study on nutrition knowledge, eating behavior and nutrients intake for students in elementary schools with and without nutrition education program. Master thesis Donguk University of Korea
- Lowe, C.F., Horne, P.J., Tapper, K., Bowdery, M., & Egerton, C. (2004). Effects of peer modelling and rewards-based intervention to increase fruit and vegetable consumption in children. *European Journal of Clinical Nutrition*, 58, 510-522

- Lytle,L.A. ,Eldredge,A.L., Kotz,k., Piper,J., Williams,S., Kalina,B. (1997). Children's interpretation of nutrition messages. *Journal of Nutrition Education*,29, 128-36.
- Machfoed,I.(2007). *Metodologi penelitian bidang kesehatan, keperawatan, dan kebidanan*. Yogyakarta. Penerbit Fitramaya.
- Maurer, F.A & Smith, C.M. (2005). *Community Public Health Nursing Practice : Health for Families and Populations , third edition*.
- McDonald,J., Roche,A.M., Durbridge,M., & Skinner,N. (2003). *Peer education: from evidence to practice*. National centre for education and training on addiction (NCETA). South Australia
- McLellan,L., Rissel,C.,Donelly,N., & Bauman. (1999). Health behaviour and the school enviroment in New South Wales, Australia. U.S National Library of Medicine National Institutes of Health. *PubMed Social Science Medicine*,49(5):611-9
- McMurray, A. (2003). *Community health and wellness a socioecological approach. Second edition. Australia . Mosby*
- Media Indonesia. *Hari Gizi Nasional 2011*. www.media.indonesia.co.id
- Miharja (2008). *Penanganan kegemukan pada anak SD di kecamatan Menteng Jakarta Pusat melalui UKS dan penyertaan orang tua* <http://www.litbang.depkes.go.id> diperoleh tanggal 3 Pebruari 2011.
- Mike,R., David,T., & Jon,S. (1997). *Lives on the bondary : the presence of others*. New York. St.Martins Press, 97-110
- Mulberry (2010). *Influence of media on children*. <http://www.squidoo.com/television> and children.
- Murti,B. (1997). *Prinsip dan metodologi riset epidemiologi*. Yogyakarta. Gajah Mada University Press.
- Muscary,M.E. (2001). *Advanced pediatric clinical assessment: skill and procedures*. Philadelphia . Lippincott William & Wilkins
- Moore,M.C .(2009). *Nutritional assessment and care. Sixth edition. St.Louis, Missouri. Mosby*.
- Nanath (2008). *Komunikasi massa*. <http://www.kuliah.komunikasi.massa.com>. diperoleh tanggal 21 Maret 2011.
- Neelu,S., Bhatnagar,M., Garg,S.K., Chopra,H., Bajpai,S.K. (2010). Nutritional status of urban primary school children in meerut. *Internet journal of epidemiology*;8(1).(8p)

- Neumark,S.D., Hannan,P.J., Story,M., Croll,J., Perry,C. (2003). Family meal patterns:associations with sociodemographiccharacteristics and improved dietary intake among adolesents. *Journal of America Diet Association*,103, 317-22.
- Newman,J., & Taylor,J. (1992). Effects of a mean-end contingency on young children's food preferences. *Journal of exp Child Psychology*, 64, 200-216
- Nicklas,T.A., Baranowski,T., Cullen,K.W., Barenson,G. (2001). Eating patterns, dietary quality and obesity. *Journal of America Coll Nutrition*, 20, 599-608.
- Notoatmojo, S. (2007). *Promosi kesehatan dan Ilmu perilaku* . Jakarta : Rineka Cipta
- _____ (2010). *Promosi Kesehatan, teori dan aplikasi*. Jakarta : Rineka Cipta
- Oldewange,T. & Egal,A.A. (2010). Nutrition knowledge and nutritional status of primary school children in Qwa-Qwa. *South Africa Journal of Clinic Nutrition*, 23(3), 149-154.
- Oliveria,S.A.,Ellison,R.C., Moore,L.L., Gilman,M.W., Garrahie,E.J., Singer,M.R. (1992). Parent-child relationships in nutrient intake: The framingham children's study. *America journal of clinic nutrition*,56,593-98.
- Pelegri,A., Petroski,E.L., Coqueiro,R.D., Gaya,A.C.A, (2008). Overweight and obesity in Brazilian school children aged 10-15 years. *Archivos Litono Americanos De Nutrition*, vol.58 N.4
- Pelto,G.H., & Backstrand,J.R. (2003). Interrelationships betweenpower related and belief related factors determine nutrition in populations. *Journal of nutrition*,133 ,297S-300S.
- Pender,N.J., Murdaugh,C.L., & Parsons,M.A. (2002). *Health promotion in nursing practice*. Fifth edition. New jersey. Pearson education Inc.
- _____ (2006). *Health promotion in nursing practice*. Fourth edition. New jersey. Pearson education Inc.
- Penkilo,M., Goerge,G.C., & Hoescher,D.M. (2008, January-Februari). Reproducibility of the school-based nutrition questionnaire among fourt-grade students in Texas. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, vol.40(1), pp.20-7.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. Fourth edition. Philadepia: Lippincott

- Power.T.G, Bindler.R.C, Goetz.S.,& Daratha.K.B. (2008). Obesity prevention in early adolescence : student, parent, and teacher views. *Journal of School Health, 80, 13-19*
- Quantrin, R., Toffolini,L., Turello,D., Calligaris,L., Farneti,F., Brusaferrero,S. (2005). Italian public school: A pilot study about disorders related to nutrition and their management. *Journal of the American college of Nutrition, Vol.27. No.1. 75-79* (2008)
- Reinolds,K.D., Franklin,F.A., Binkley,D., Raczynsky,J.M., Harrington,K.F., Kirk,K.A. (2000). Increasing fruit and vegetable consumption of fourth-grades:results from the high 5 project. *Prev.med,20, 309-19.*
- Reinolds,*et al* (2000). Methods, result, and lessons learned from process evaluation of the high 5 school-based nutrition intervention. *Health Education Behavior, 27, 177-186*
- Ristiani,S. (2009). *Hubungan pengetahuan, sikap, tindakan sarapan dengan status gizi dan indeks prestasi anak.* <http://repository.usu.ac.id>. Diperoleh 30 Maret 2011.
- Romli (2010). *Media massa.* <http://id.shvoong.com/social-science>.
- Sallis.J. (1991). Self report measures of children's physical activity. *Journal of school health, 61: 215-9*
- Sastroasmoro,S., & Ismael,S.(2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis.* Edisi ke-3. Jakarta. Sagung seto
- Scully,M., Dixon,H., White,V., & Beckman,K. (2007, September). Dietary, physical activity and sedentary behavior among Australian secondary students in 2005. *Journal of Health Promotion International, 22(3), 236-45.*
- Sjarkawi (2008). *Pembentukan Kepribadian anak : peran moral, emosional, dan sosial sebagai wujud integritas membangun jati diri.* Cetakan kedua. Jakarta. PT Bumi Aksara
- Stanhope,M., Lancaster,J. (2004). *Community and Public Health Nursing. Sixth edition.* St.Louis. Mosby. Inc.
- Stepherd,J *et al.* (2001). Young people and healthy eating: a systematic review of research on barriers and facilitators. London, England:Evidence for policy and practice (EPPI-centre).
- Stones,S.C.,McGuire, S.L., & Eigsti, D.G. (2002). *Comprehensive community health nursing: family, aggregate, & community practice. Sixth edition.* St.Louis. Mosby
- Suara Media (2011). *Awas, ancaman jajanan anak sekolah masih menghantui orangtua.* <http://www.suara-media.com>

- Sugiyono (2005). *Statistika untuk penelitian. Cetakan kedelapan*. Jawa Barat. Alfabeta.
- Sulistyoningsih, H. (2011). *Gizi untuk kesehatan ibu dan anak*. Edisi pertama. Cetakan pertama. Yogyakarta. Graha ilmu.
- Syamsuddin (2003). *Peran guru dalam proses pendidikan*. <http://www.unila.ac.id>
- Taylor, J.P., Evers, S., & McKenna. (2005, July-August). Determinants of healthy eating in children and youth. *Canadian Journal of Public Health*, 96, S20-S26.
- Tibbs, T, et al. (2001). The relationships between parental modelling, eating patterns, and dietary intake among African-American Parents. *Journal of America diet association*, 101, 535-41.
- Wardle, J., Cooke, L.J., Gibson, E.L., Sapochonik, M., Sheiham, A., & Lawson, M. (2003). Increasing children's acceptance of vegetables: a randomised trial of guidance to parents. *Appetite*, 40, 155-162.
- WHO. (1998). *WHO information series on school health document four*. www.who.int/school-youth-health/media/428.pdf
- WHO (2009). Draft Nutrition strategy and plan of action for countries of the Eastern mediteranean region 2010-2019 [http://www.emro.who.int/nutrition/pdf/nutrition strategy 2010-2019.pdf](http://www.emro.who.int/nutrition/pdf/nutrition%20strategy%202010-2019.pdf)
- UNICEF (2005). *The essential package : twelve interventions to improve the health and nutrition of school age children*. [http://www.un.org/esa/soc.dev/poverty_forum/documents/the essential package.pdf](http://www.un.org/esa/soc.dev/poverty_forum/documents/the_essential_package.pdf)

Jadwal Penelitian Hubungan peran keluarga, guru, teman sebaya, dan media massa dengan perilaku gizi anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu, Mei 2011

No	Kegiatan	Februari 2011	Maret 2011	April 2011	Mei 2011	Juni 2011	Juli 2011
1	Penyelesaian Bab I-IV proposal penelitian.						
2	Ujian Proposal, uji etik, dan instrumen						
3	Pengumpulan data.						
4	Analisis data.						
5	Penulisan laporan.						
6	Ujian Hasil penelitian.						
7	Sidang tesis.						
8	Perbaikan tesis.						
9	Pengumpulan laporan						



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Hubungan Peran Keluarga, Guru, Teman Sebaya dan Media Massa dengan Perilaku Gizi Anak Usia Sekolah Dasar di Wilayah Kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu

Nama peneliti utama : **A. Saifah**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.



Dekan,
Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP. 19520601 197411 2 001

Jakarta, 19 Mei 2011

Ketua,

Yeni Rustina, PhD
NIP. 19550207 198003 2 001

PENGANTAR LEMBAR PERSETUJUAN (*INFORMED CONSENT*)

Palu, Mei 2011

Perihal : Informasi penelitian

Kepada yth

Lampiran : 1 (satu) berkas

Orang tua/wali

Di

Tempat

Dengan Hormat,

Sebelumnya perkenalkan saya, A. Saifah, Mahasiswa Program Magister Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, akan mengadakan penelitian dengan judul “ Hubungan peran keluarga, guru, teman sebaya, dan media massa dengan perilaku gizi anak usia Sekolah Dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura”.

Hasil penelitian ini akan digunakan sebagai bahan rujukan untuk menyusun program keperawatan komunitas dalam memberikan asuhan keperawatan yang profesional dan berkualitas pada anak usia sekolah, keluarga, lingkungan sekolah serta masyarakat sehingga dapat meningkatkan kesehatan anak usia sekolah yang akan menghasilkan sumber daya manusia yang handal. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif (kerugian) bagi anak sekolah, keluarga, sekolah, dan masyarakat.

Peneliti menghargai pandangan dan pendapat bapak/ibu, menjamin kerahasiaan data yang diperoleh dalam proses pengumpulan, pengolahan dan penyajian data serta tetap menghargai yang tidak bersedia untuk berpartisipasi pada penelitian ini. Penelitian ini akan dilaksanakan dengan tahapan sebagai berikut :

1. Peneliti akan berkoordinasi dengan wali kelas masing-masing atau guru UKS untuk menentukan siapa yang terpilih dan bersedia menjadi responden. Mengenai waktu dan tempat diserahkan pada pihak sekolah.
2. Peneliti akan meminta anak sekolah/responden untuk menandatangani lembar persetujuan
3. Peneliti mengukur berat badan dan tinggi badan
4. Peneliti membagikan kuesioner atau daftar pertanyaan kepada anak usia sekolah.
5. Peneliti meminta anak sekolah untuk mengisi lembar pertanyaan/kuesioner selama 45 menit.

Peran serta anak bapak/ibu adalah sangat berharga dalam mendukung keberhasilan penelitian ini. Apapun jawaban dari anak bapak/ibu, tidak ada masalah dan semua jawaban sangat berarti bagi peneliti.

Atas kesediaan dan kerjasamanya, diucapkan terima kasih

Hormat saya

Peneliti

Andi Saifah

Lampiran 4

**LEMBAR PERSETUJUAN ORANG TUA UNTUK
MENGIKUTSERTAKAN ANAK USIA SEKOLAH MENJADI
RESPONDEN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Menyatakan bahwa saya, selaku orang tua murid :

Nama :

Jenis kelamin :

Kelas / SD :

Menyatakan bahwa saya telah membaca dan memahami lembar informasi penelitian. Dengan penuh kesadaran serta tanpa paksaan dari pihak manapun. Saya bersedia untuk mengikutsertakan anak saya tersebut di atas, untuk menjadi responden penelitian yang berjudul “Hubungan keluarga, guru, teman sebaya, dan media massa dengan perilaku gizi anak usia sekolah dasar di wilayah kerja Puskesmas Mabelopura”

Palu, Mei 2011

Orangtua /Wali

(.....)

LEMBAR PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Alamat rumah :

Menyatakan bahwa saya telah membaca dan memahami lembar informasi penelitian yang diberikan. Dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan saya menyatakan bahwa saya bersedia untuk berpartisipasi mengisi kuesioner sampai selesai.

Yang menyatakan

(nama lengkap)

KISI-KISI INSTRUMEN PENELITIAN

NO	Variabel	Sub variabel	Sub-sub variabel	No pertanyaan/ pernyataan
1.	Perilaku	Pengetahuan gizi : 1. Makanan bervariasi 2. Pola hidup bersih 3. Olah raga 4. Pemantauan Berat badan	<ul style="list-style-type: none"> • Pengertian • Sumber makanan (karbohidrat, protein, vitamin mineral) • Manfaat sarapan • Air yang aman • Cara cuci tangan yang benar • Cara supaya tetap bugar • Cara mengetahui status gizi 	1 2, 3 4 5 6 7 8
		Sikap : 1. Prinsip makanan bervariasi 2. Prinsip hidup bersih 3. Prinsip olah raga 4. Prinsip pemantauan BB	<ul style="list-style-type: none"> • Manfaat makanan bervariasi • Frekuensi makan • Pentingnya makan sayur, sarapan • Jumlah Kebutuhan air • Cara hidup bersih • Contoh aktifitas fisik • Frekuensi pemantauan BB 	1 (+) 2 (-) 3 (+), 5(-) 4 (-) 6 (+) 7 (+) 8 (-)

		<p>Praktik gizi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prinsip makanan bervariasi 2. Prinsip hidup bersih 3. Prinsip olah raga teratur 4. Prinsip pemantauan BB 	<ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi makan (utama, buah, lauk-pauk, sarapan, jajan) • Cuci tangan yang benar • Jenis aktivitas yang sehat • Jadwal pemantauan BB 	<p>1 (+), 2 (-) , 3(-), 4 (+), 5 (-)</p> <p>6 (-)</p> <p>7 (+)</p> <p>8 (+)</p>
	Peran keluarga	<p>Promosi kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Makanan variasi 2. Pola hidup bersih 3. Olah raga 4. Pantau BB 	<ul style="list-style-type: none"> • Manfaat makanan (karbohidrat, protein, buah, sayur, sarapan) • Cara cuci tangan yang benar • Aktivitas tidak sehat • Anjuran ukur BB/TB 	<p>1 (+), 2(+), 3(-), 4(-), 5(+)</p> <p>6 (-)</p> <p>7 (-)</p> <p>8 (+)</p>
		<p>Penyedia makanan dan sarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Makanan variasi 2. Pola hidup bersih 3. Olah raga teratur 4. Pantau BB 	<ul style="list-style-type: none"> • Tersedia makanan • Tersedia air minum • Cara penyediaan makanan yang aman • Tersedia alat bermain • Tersedia sarana pemantauan BB 	<p>1(+), 2(-), 3(-), 4(+)</p> <p>5(-)</p> <p>6 (+)</p> <p>7(-)</p> <p>8(-)</p>
		<p>Contoh peran:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Makanan variasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivitas fisik kurang sehat 	<p>1(-)</p>

		<p>2. Pola hidup bersih</p> <p>3. Olah raga teratur</p> <p>4. Pantau BB</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jadwal makan bersama • Kebiasaan keluarga konsumsi makanan • Kebiasaan keluarga hidup bersih • Kebiasaan keluarga memantau BB 	<p>2(+)</p> <p>3 (-), 4(+), 5 (-), 6 (+)</p> <p>7 (-)</p> <p>8(+)</p>
	Peran guru	<p>Pendidikan kesehatan</p> <p>1. Makanan variasi</p> <p>2. Pola hidup bersih</p> <p>3. Pantau berat badan</p> <p>4. Olah raga</p> <p>Menciptakan lingkungan sekolah sehat</p> <p>1. Makanan variasi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Penjelasan pentingnya gizi seimbang • Penjelasan manfaat protein • Penjelasan manfaat sayur • Penjelasan manfaat buah • Anjuran minum air putih sesuai kebutuhan minimal • Anjuran hidup bersih • Anjuran penimbangan BB • Anjuran aktifitas fisik yang sehat • Pentingnya kantin sehat • Jenis makanan/ 	<p>1(+)</p> <p>2(-)</p> <p>3 (-)</p> <p>4 (+)</p> <p>5 (-)</p> <p>6 (+)</p> <p>7 (-)</p> <p>8(+)</p> <p>1(+)</p> <p>2 (-), 3 (-)</p>

		<p>2. Pola hidup bersih</p> <p>3. Olah raga</p> <p>4. Pantau berat badan</p>	<p>jajanan sehat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengawasan terhadap penjaja makanan • Penyediaan sarana pola hidup bersih • Sarana olahraga dan bermain 	<p>4 (+), 5 (+)</p> <p>6(-), 7(-)</p> <p>8 (-)</p>
		<p>Pelayanan kesehatan dasar terkait gizi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usaha perbaikan gizi • Contoh peran guru • Mengenal kelainan gizi • Frekuensi olah raga • Strategi pemantauan BB 	<p>1, 2</p> <p>3</p> <p>4, 5</p> <p>6</p> <p>7, 8</p>
<p>Peran teman sebaya</p>	<p>Teman sebaya</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi makan • Anjuran makan makanan bergizi, sarapan • Jajan • Anjuran minum air putih • Menimbang BB • Anjuran pola hidup bersih • Aktifitas fisik kurang sehat 	<p>1(+)</p> <p>2(-),3(+), 4(-), 5(-),6(+), 7(-)</p> <p>10</p> <p>8, 11 (+)</p> <p>12(+)</p> <p>13(-), 14(+)</p> <p>9, 15(-)</p>

	Peran media massa	Televisi Surat kabar Majalah Radio	<ul style="list-style-type: none"> • Manfaat gizi • Manfaat makanan bergizi (protein, sayur, buah) • Manfaat sarapan • Kebutuhan minimal air • Jajan • Pola hidup bersih • Olah raga/ aktifitas fisik • Pemantauan BB 	<p>1(+), 2(+),11,12,14 3(-), 4(+), 5(-), 7(+), 10 6(-),13(-), 9(+) 8(+) 15</p>
--	-------------------	---	---	--

KUESIONER A

DATA DEMOGRAFI DAN PERILAKU GIZI ANAK USIA SEKOLAH

Petunjuk :

1. Isilah titik-titik dengan jawaban yang sejujurnya
 2. Berilah tanda cheklist (√) pada pilihan jawaban yang tersedia
 3. Beri tanda silang (X) pada jawaban pilihan ganda
-

Nomor responden (Diisi oleh peneliti)

1. Umur responden : (tahun)
2. jenis kelamin : laki-laki TB : cm
 perempuan BB : kg
ST.GIZI :
3. Kelas : 4 (empat)
 5 (lima)
 6 (enam)

PERTANYAAN

1. Zat-zat makanan yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan tubuh, adalah pengertian dari :
 - a. Makanan enak
 - b. Gizi
 - c. Karbohidrat dan protein
 - d. Vitamin dan mineral
2. Nasi, jagung, ikan, tempe dan telur adalah makanan yang mengandung :
 - a. Karbohidrat dan lemak
 - b. Vitamin dan lemak
 - c. Karbohidrat dan protein

- d. Vitamin dan protein
3. Vitamin dan mineral banyak terdapat pada :
- a. Nasi dan ikan
 - b. Nasi dan sayur
 - c. Sayur dan buah
 - d. Buah dan ikan
4. Manfaat makan pagi atau sarapan adalah
- a. Supaya konsentrasi menerima pelajaran
 - b. Supaya tidak lemas
 - c. Supaya tubuh menjadi kuat
 - d. Benar semua
5. Air yang paling aman untuk diminum adalah :
- a. Air langsung dari kran
 - b. Air dari mata air
 - c. Air yang direbus sampai mendidih
 - d. Semua air isi ulang
6. Cara mencuci tangan yang benar adalah:
- a. Mencuci tangan dengan air bersih
 - b. Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun
 - c. Mencuci tangan dengan air bersih yang mengalir dan sabun
 - d. Mencuci tangan dengan air bersih dan dikeringkan dengan lap yang bersih
7. Salah satu cara untuk mempertahankan kebugaran tubuh adalah
- a. Makan yang banyak
 - b. Olah raga teratur
 - c. Jajan yang banyak
 - a. Tidur yang lama

No	Pernyataan	Setuju	Tidak setuju
8.	Pendapat saya, sebaiknya makan dengan makanan bervariasi yang terdiri dari nasi, sayur, lauk pauk, dan buah		
9.	Pendapat saya, makan makanan yang bervariasi cukup satu kali dalam sehari		
10.	Pendapat saya, sebaiknya makan sayur yang berdaun warna hijau tua		
11.	Pendapat saya, sebaiknya minum air putih minimal 8 gelas per hari		
12.	Pendapat saya, sebaiknya tidak perlu sarapan setiap hari		
13.	Pendapat saya, menimbang berat badan dilakukan pada saat baru masuk kelas satu sekolah dasar .		
14.	Pendapat saya, kegiatan fisik perlu ditambah seperti nonton TV, main game		

No	Pernyataan	YA	TIDAK
15.	Saya makan nasi dan sayur tiga kali dalam sehari.		
16.	Saya makan lauk-pauk (misalnya ikan atau tempe atau tahu atau telur atau daging) satu kali dalam sehari		
17.	Saya makan buah sedikitnya 2 potong setiap hari		
18.	Saya sarapan setiap pagi		
19.	Saya jajan setiap hari		
20.	Saya mencuci tangan pakai sabun setiap sebelum makan .		
21.	Saya bermain sampai mengeluarkan keringat sedikitnya tiga kali per minggu (misalnya main bola, kejar-kejaran, sepeda, lompat, karate, bulu tangkis, pingpong).		

KUESIONER B (Peran Keluarga)

Petunjuk pengisian : jawab pernyataan yang sesuai adik-adik alami dengan memberi tanda cheklist (√) pada kolom yang disediakan.

No	PERNYATAAN	YA	Tidak
1.	Keluarga mengingatkan saya manfaat makan lauk pauk (misalnya ikan, telur, tempe, tahu, daging)		
2.	Keluarga membiarkan saya makan tanpa buah		
3.	Keluarga menganjurkan saya makan sayur berdaun hijau		
4.	Keluarga menganjurkan saya sarapan setiap hari		
5.	Keluarga membiarkan saya makan tanpa mencuci tangan pakai sabun terlebih dahulu.		
6.	Keluarga membiarkan saya untuk bermain di dalam rumah sambil duduk.		
7.	Keluarga menimbang berat badan dan tinggi badan saya minimal setiap 6 bulan.		
8.	Keluarga menyediakan sayur buat saya setiap hari		
9.	Keluarga menyediakan lauk-pauk buat saya ssetiap hari		
10.	Keluarga menyediakan buah-buahan buat saya bila saya pesan atau minta		
11.	Keluarga menyuruh saya minum air putih sekurang-kurangnya 8 gelas per hari.		
12.	Keluarga menyediakan sarapan buat saya setiap hari		
13.	Keluarga menyediakan makanan dalam keadaan tertutup		
14.	Keluarga memberikan saya permainan yang dimainkan sambil duduk		
15.	Keluarga menyediakan timbangan berat badan		
16.	Keluarga saya mempunyai jadwal makan bersama		
17.	Keluarga dan saya makan bersama minimal 1 kali dalam sehari		
18.	Keluarga saya tidak terbiasa sarapan		
19.	Keluarga saya makan lauk-pauk setiap hari		
20.	Keluarga saya tidak makan sayur setiap hari		
21.	Keluarga saya makan buah setiap hari		
22.	Keluarga saya terbiasa makan tanpa mencuci tangan pakai sabun terlebih dahulu		
23.	Keluarga saya menimbang berat badannya minimal enam bulan sekali.		

KUESIONER C (Peran Guru)

Petunjuk pengisian : jawab pernyataan yang sesuai adik-adik alami dengan memberi tanda cheklist (√) pada kolom yang disediakan.

No	PERNYATAAN	YA	Tidak
1.	Ibu /Bapak guru sering menjelaskan pada kami tentang zat makanan yang mengandung zat tenaga misalnya nasi, ubi, jagung, roti, singkong.		
2.	Ibu/Bapak guru jarang menjelaskan pada kami tentang zat makanan yang mengandung protein misalnya ikan, tempe, telur, daging ayam, daging sapi, susu.		
3.	Ibu/Bapak guru sering menjelaskan pada kami kegunaan mengkonsumsi atau makan sayur		
4.	Ibu/Bapak guru sering menjelaskan pada kami kegunaan mengkonsumsi atau makan buah-buahan		
5.	Ibu/Bapak guru menganjurkan kami minum air putih minimal 8 gelas per hari		
6.	Ibu/Bapak guru tidak melarang kami untuk jajan		
7.	Ibu/Bapak guru selalu memantau berat badan dan tinggi badan kami di sekolah minimal 6 bulan sekali		
8.	Ibu/Bapak guru melarang kami bermain yang mengeluarkan keringat pada saat jam istirahat.		
9.	Ibu/Bapak guru tidak menyediakan kantin di sekolah		
10.	Ibu/bapak guru membiarkan penjual berdagang seperti chiki-chiki, gula-gula, krupuk atau jajanan yang berwarna		
11.	Ibu/bapak guru membiarkan kami jajan pada pagi hari sebelum masuk kelas.		
12.	Ibu/Bapak guru sering mengingatkan pedagang untuk menjaga kebersihan jajanan yang dijual		
13.	Tersedia tempat cuci tangan untuk siswa di sekolah		
14.	Tersedia tempat sampah di sekolah.		
15.	Ada program sekolah dan puskesmas memeriksa kesehatan siswa		
16.	Ibu/Bapak guru merujuk ke puskesmas anak yang mengalami masalah gizi (terlalu kurus atau terlalu gemuk)		
17.	Tenaga kesehatan dari puskesmas sering melakukan penyuluhan kesehatan di sekolah.		
18.	Ibu/Bapak guru melakukan senam bersama kami setiap hari jumat.		
19.	Ibu/Bapak guru melakukan penimbangan berat badan dan tinggi badan setiap enam bulan pada semua siswa.		
20.	Dokter kecil yang ada melakukan penimbangan berat badan dan tinggi badan setiap enam bulan pada semua siswa		

KUESIONER D (Peran teman sebaya)

pengisian : jawab pernyataan yang sesuai adik-adik alami dengan memberi tanda cheklist (√) pada kolom yang disediakan.

No	Pernyataan	YA	Tidak
1.	Saya mencontoh teman makan 3 kali dalam sehari		
2.	Saya mencontoh teman makan sayur khususnya yang berwarna hijau		
3.	Saya dianjurkan teman untuk makan buah-buahan yang berwarna kuning atau jingga		
4.	Saya sering janjian dengan teman untuk jajan sehingga tidak sarapan di rumah		
5.	Saya diajak teman untuk jajan setiap hari		
6.	Saya sering janjian dengan teman untuk membawa bekal atau makanan dari rumah		
7.	Saya sering diajak teman untuk membeli minuman sirup berwarna		
8.	Saya diajak teman untuk berolah raga secara teratur		
9.	Saya sering diajak teman bermain yang membuat kita berkeringat misalnya main bola, kejar-kejaran, sepeda, lompat tali, dan lain-lain		
10.	Saya dianjurkan teman untuk minum air putih paling sedikit 5 gelas per hari		
11.	Saya diajak teman untuk menimbang berat badan dan tinggi badan setiap enam bulan		
12.	Saya diajarkan teman untuk mencuci tangan dengan air sebelum makan		
13.	Saya sering bermain <i>games</i> atau <i>playstation</i> atau nonton TV yang lama karena diajak teman.		

Lampiran 11

KUESIONER E (Peran Media Massa)

pengisian : jawab pernyataan yang sesuai adik-adik alami dengan memberi tanda cheklist (√) pada kolom yang disediakan.

No	PERNYATAAN	YA	Tidak
1.	Saya tahu manfaat makanan bergizi melalui menonton televisi		
2.	Saya tahu manfaat makanan bergizi melalui membaca surat kabar		
3.	Saya jarang makan buah-buahan karena terpengaruh acara di televisi yang mengatakan bahwa buah mengandung bahan pengawet		
4.	Saya makan sayuran karena melihat acara televisi makan sayur		
5.	Saya sering makan lauk pauk (misalnya ikan atau tempe atau telur atau daging) karena dianjurkan lewat televisi		
6.	Saya sering membeli makanan ringan/jajanan seperti yang ada di televisi		
7.	Saya sering sarapan karena mendengar manfaatnya melalui televisi		
8.	Saya sering makan indomie karena melihat iklan indomie di televisi.		
9.	Saya membeli makanan ringan/jajanan seperti yang ada di iklan radio		
10.	Saya minum air putih minimal 8 gelas per hari karena mengetahui manfaatnya lewat televisi		
11.	Saya mencuci tangan pakai sabun sebelum makan karena mendengar penjelasan dari televisi		
12.	Saya sering main <i>games</i> atau <i>play station</i> karena mencontoh permainan lewat televisi		
13.	Saya sering berolah raga (misalnya main bola atau bulutangkis atau pimpong atau sepeda atau senam atau karate atau basket) karena menonton acara olah raga di televisi		
14.	Saya menimbang berat badan setiap 6 bulan karena dianjurkan lewat televisi		



PEMERINTAH KOTA PALU
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN
PERLINDUNGAN MASYARAKAT -
Jalan Balai Kota Timur No. 13 ☎ (0451) 421344

SURAT IZIN PENELITIAN

Nomor : 070/150.15 /BKBPL/2011.

- Membaca : Surat Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Nomor : 1462/H2.F12.D/PDP.04.02/2011. Tanggal 27 April 2011, Perihal : Permohonan Izin Penelitian.
- Mengingat : 1. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintah Daerah;
2. Peraturan Pemerintah Nomor : 84 Tahun 2000 Tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah;
3. Peraturan Daerah Kota Palu Nomor : 6 Tahun 2008 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kota Palu.
- Memperhatikan : Hal tersebut diatas, perlu memberikan Izin Penelitian kepada :
- N a m a : A. S A I F A H
Pekerjaan : Peneliti / Mahasiswa.
Kebangsaan : Indonesia.
Judul : "HUBUNGAN PERAN KELUARGA, GURU, TEMAN SEBAYA DAN MEDIA MASSA DENGAN PERILAKU GIZI ANAK USIA SEKOLAH DASAR DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MABELOPURA PALU"
- Lokasi : Kota Palu
Waktu : Mei 2011 s/d Selesai.
Penanggung Jawab : A. S A I F A H

Dengan Ketentuan Sebagai Berikut :

1. Sebelum melakukan kegiatan penelitian harus melapor kepada pihak yang berwenang di daerah yang yang dituju.
2. Tidak dibenarkan melakukan penelitian yang tidak sesuai / yang tidak ada kaitannya dari maksud surat izin ini.
3. Harus mentaati ketentuan yang berlaku, serta mengindahkan segala tata krama kehidupan Masyarakat setempat.
4. Melaporkan hasil penelitian kepada Walikota Palu Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Palu.
5. Surat Izin ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku, apabila ternyata pemegang Surat Izin ini tidak mentaati / mengindahkan ketentuan-ketentuan seperti diatas.

Palu, 02 Mei 2011

KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK
DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
KOTA PALU



AJENKRIS, SE. MM
Rembina Tingkat I
NIP. 19651017 198503 1 004

Tembusan Yth :

1. Walikota Palu di Palu ;
2. Kapolres Kota Palu di Palu;
3. Kepala Dinas Kesehatan Kota Palu di Palu;
4. Kepala Puskesmas Mabelopura Kota Palu di Palu.
5. Kepala Dinas Pendidikan Kota di Palu

CATATAN PERKEMBANGAN KESEHATAN ANAK

KEADAAN	KELAS/TANGGAL
1. Masalah perilaku : nakal, hiperaktif, berkelahi	
2. Emosi : - Normal - Kelainan : cengeng, cepat marah	
3. Kulit (bersih/ada kelainan)	
4. Rambut (bersih/kotor)	
5. Mata a. Mata (sehat/ada radang mata) b. Daya lihat/visus (normal/ada kelainan)	
6. Mulut (bersih/kotor) a. Gigi (bersih/kotor) b. Gigi (sehat/bertobang)	
7. Telinga a. Telinga (sehat/ada congek) b. Daya dengar (baik/ada kelainan)	
8. Kuku : - Bersih/kotor - Pendek/panjang	
9. Berbicara (normal/ada gangguan : caedel, gagap)	

CARA-PENGISIAN : + = Bersih/sehat/normal/baik/pendek
: = Kotor/ada gangguan/ada kelainan/ada congek/caedel/radang/bertobang/panjang

ANJURAN UNTUK HIDUP SEHAT

- Dengan imunisasi DT dan TT, penyakit difteri dan tetanus dapat dicegah.
- Mencuci tangan dengan sabun sebelum makan dan sehabis buang air besar mencegah kecacingan dan diare.
- Makan cukup dengan menu seimbang dan bervariasi.
- Menggosok gigi 2x sehari pada pagi hari sesudah sarapan, dan malam hari sebelum tidur, membuat gigi sehat.

Demi Keselamatan dan Perlindungan Diri yang aman
berusahalah 5 dosis imunisasi TT untuk kekebalan penuh

TT1	Langkah awal untuk mengembangkan kekebalan tubuh terhadap infeksi *)	Tanggal,
TT2	4 minggu setelah TT1 untuk kekebalan selama 3 bulan	Tanggal,
TT3	6 bulan atau lebih setelah TT2 untuk kekebalan selama 5 tahun	Tanggal,
TT4	1 tahun atau lebih setelah TT3 untuk kekebalan selama 10 tahun	Tanggal,
TT5	1 tahun atau lebih setelah TT4 untuk kekebalan selama 25 tahun	Tanggal,

*)TT dapat dihitung mulai DPT2, DPT3, DT

TANDA-TANDA ANAK SEHAT

- Tumbuh normal
- Segar, kuat, giat dan ceria
- Mata bersih dan bersinar
- Nafsu makan baik

**MENCEGAH LEBIH BAIK
DARIPADA MENGOBATI**

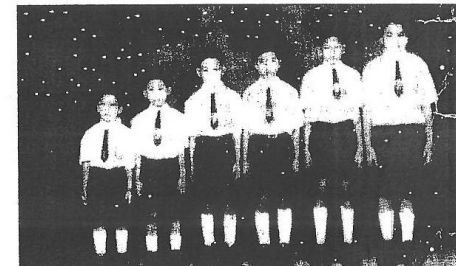
TIDAK DIPERDAGANGKAN

(Laki-laki)

KMS

KARTU MENUJU SEHAT ANAK SEKOLAH DASAR DAN MADRASAH IBTIDAIYAH

NAMA	:
TANGGAL LAHIR	:
NAMA SD/MI	:
NO. INDUK	:



SEHAT FISIK MENTAL DAN SOSIAL
JAMINAN MASA DEPAN



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL RI
PUSAT PENGEMBANGAN KUALITAS JASMANI
TAHUN 2006



DIPERBANYAK DINAS KESEHATAN KOTA DEPOK 2009

CATATAN PERKEMBANGAN KESEHATAN ANAK

KEADAAN	KELAS/TANGGAL
1. Masalah perilaku : nakal, hiperaktif, berkelahi	
2. Emosi : - Normal - Kelainan : cengeng, cepat marah	
3. Kulit (bersih/ada kelainan)	
4. Rambut (bersih/kotor)	
5. Mata a. Mata (sehat/ada radang mata)	
b. Daya lihat/visus (normal/ada kelainan)	
6. Mulut (bersih/kotor) a. Gigi (bersih/kotor) b. Gigi (sehat/berlobang)	
7. Telinga a. Telinga (sehat/ada congek)	
b. Daya dengar (baik/ada kelainan)	
8. Kuku : - Bersih/kotor - Pendek/panjang	
9. Berbicara (normal/ada gangguan : cadel, gagap)	

CARA PENGISIAN : + = Bersih/sehat/normal/baik/pendek
- = Kotor/ada gangguan/ada kelainan/ada congek/adael/rahang/berlobang/canilang

ANJURAN UNTUK HIDUP SEHAT

1. Dengan imunisasi DT dan TT, penyakit difteri dan tetanus dapat dicegah.
2. Mencuci tangan dengan sabun sebelum makan dan sehabis buang air besar mencegah kecacingan dan diare.
3. Makan cukup dengan menu seimbang dan bervariasi.
4. Menggosok gigi 2x sehari pada pagi hari sesudah sarapan, dan malam hari sebelum tidur, membuat gigi sehat.

Demi Keselamatan dan Perlindungan Diri yang aman berusahalah 5 dosis Imunisasi TT untuk kekebalan penuh		
TT1	Langkah awal untuk mengembangkan kekebalan tubuh terhadap infeksi *)	Tanggal,
TT2	4 minggu setelah TT1 untuk kekebalan selama 3 bulan	Tanggal,
TT3	6 bulan atau lebih setelah TT2 untuk kekebalan selama 5 tahun	Tanggal,
TT4	1 tahun atau lebih setelah TT3 untuk kekebalan selama 10 tahun	Tanggal,
TT5	1 tahun atau lebih setelah TT4 untuk kekebalan selama 25 tahun	Tanggal,

*)TT dapat dihitung mulai DPT2, DPT3, DT

TANDA-TANDA ANAK SEHAT

- Tumbuh normal
- Segar, kuat, giat dan ceria
- Mata bersih dan bersinar
- Nafsu makan baik

MENCEGAH LEBIH BAIK
DARIPADA MENGOBATI

TIDAK DIPERDAGANGKAN

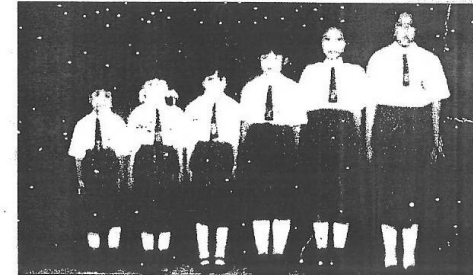
KMS (Putri)
KARTU MENUJU SEHAT
ANAK SEKOLAH DASAR
DAN
MADRASAH IBTIDAIYAH

NAMA :

TANGGAL LAHIR :

NAMA SD/MI :

NO. INDUK :



SEHAT FISIK MENTAL DAN SOSIAL
JAMINAN MASA DEPAN



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL RI
PUSAT PENGEMBANGAN KUALITAS JASMANI
TAHUN 2006



DIPERBANYAK DINAS KESEHATAN KOTA DEPOK 2009

